



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

CÍNTIA MESQUITA CORREIA

**CUIDADO ÀS PESSOAS COM COMPORTAMENTO SUICIDA NA REDE DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: MODELO TEÓRICO FUNDAMENTADO NA
*GROUNDLED THEORY***

SALVADOR

2018

CÍNTIA MESQUITA CORREIA

**CUIDADO ÀS PESSOAS COM COMPORTAMENTO SUICIDA NA REDE DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: MODELO TEÓRICO FUNDAMENTADO NA
*GROUNDLED THEORY***

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial de aprovação para obtenção do grau de doutora, área de concentração Gênero; Cuidado e Administração em Saúde, linha de pesquisa O Cuidado no Processo de Desenvolvimento Humano.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Nadirlene Pereira Gomes.

SALVADOR

2018

Correia, Cíntia Mesquita.
Cuidado às pessoas com comportamento suicida na Rede de
Atenção Psicossocial: modelo teórico fundamentado na Grounded
Theory / Cíntia Mesquita Correia, Cíntia Correia. -- Salvador, 2018.
167f. : il

Orientadora: Nadirlene Pereira Gomes.
Tese (Doutorado – Programa de Pós Graduação em Enfermagem)
-- Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, 2018.

1. Assistência à Saúde. 2. Comportamento Autodestrutivo. 3.
Tentativa de Suicídio. 4. Sistemas de Apoio Psicossocial. 5. Teoria
Fundamentada. II. Correia, Cíntia. I. Gomes, Nadirlene Pereira. II. Título
Título.

**CUIDADO ÀS PESSOAS COM COMPORTAMENTO SUICIDA NA REDE DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: MODELO TEÓRICO FUNDAMENTADO NA
*GROUNDED THEORY***

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Doutora, Área de concentração Gênero; Cuidado e Administração em Saúde.

Aprovada em 28 de maio de 2018.

BANCA EXAMINADORA

NADIRLENE PEREIRA GOMES *Nadirlene Pereira Gomes*
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

NORMÉLIA MARIA FREIRE DINIZ *Normélia Maria Freire Diniz*
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

JOSICÉLIA DUMET FERNANDES _____
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

MARIA DE FÁTIMA ALVES AGUIAR CARVALHO _____
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal do Vale do São Francisco

CÁTIA MARIA COSTA ROMANO *Cátia Maria Costa Romano*
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

GILMARA RIBEIRO SANTOS RODRIGUES *Gilmaria Rodrigues*
Doutora em Enfermagem e Professora da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

RUDVAL SOUZA DA SILVA *Rudval Souza da Silva*
Doutor em Enfermagem e Professor da Universidade do Estado da Bahia

DEDICATÓRIA

Às folhas do outono,
Aos sentimentos do inverno,
Às cores da primavera,
Aos toques do verão,
À vida em quatro estações.

(Do livro A vida em quatro estações/NEPS).

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas as pessoas que compartilharam comigo um pouco de suas histórias e a bagagem de suas experiências. Juntos, conseguimos: Recordar a brisa do passado, sentir o frescor do presente e vislumbrar possibilidades de futuro.

Ao **Universo**, por me permitir diferentes caminhos na jornada da vida.

À Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia pelo acesso à pós-graduação e conhecimentos apreendidos ao longo do mestrado e doutorado;

À minha orientadora **Profa. Dra. Nadirlene Pereira Gomes** pela disponibilidade, orientações e contribuições ao longo de meu doutoramento. Com certeza, encerro este ciclo mais fortalecida em vários aspectos de minha vida. Aprendi que o tempo pode ser um grande aliado, contribuindo para o nosso amadurecimento pessoal e profissional; que os obstáculos não serão maiores que o nosso desejo de vencer; e que todos os momentos, independente da forma como se apresentem, fazem parte da caminhada.

À minha querida **Profa. Dra. Normélia Maria Freire Diniz** por ter me acolhido com tanto carinho e compreensão. Terás sempre meu respeito e admiração.

À **Profa. Dra. Alacoque Lorenzini Ermann** pela disponibilidade e orientações dispensadas em minha primeira banca de qualificação do doutorado.

À **Profa. Dra. Telmara Couto** pelas contribuições, parceria e ensinamentos desde o início do mestrado.

À **Profa. Dra. Cátia Maria Costa Romano** pela transparência, ética, singeleza e riqueza dos gestos e palavras.

À querida amiga **Profa. Dra. Gilmara Ribeiro Santos Rodrigues** pela proteção, afeto, confiança e imensa generosidade. Amigos que a vida nos apresenta em momentos tão inesperados.

À **Profa. Dra. Josicélia Dumet Fernandes** pelo aceite imediato e valorosas contribuições para a construção deste trabalho.

À **Profa. Dra. Maria de Fátima Alves Aguiar Carvalho** pelo pedido de licença no quebrar de protocolos, generosidade e afabilidade das palavras.

Ao amigo **Profº. Dr. Rudval Souza da Silva** pela disponibilidade, confiança, encontros e reencontros ao longo do caminho.

Aos companheiros de jornada **Alexsandro Tartaglia e Mary Gomes** pela sinceridade das palavras e assertividade das ações. Tenho aprendido muito com pessoas tão especiais quanto vocês.

À minha querida amiga, parceira e companheira de trabalho **Maíra Cerqueira**. Com você, tenho aprendido a revisitar parte de minha história, questionar a nossa missão, refletir sobre os meus anseios e verdadeiras preocupações, sobre o que vale a pena e sobre o humano do ser humano. Muito obrigada, minha querida amiga. Você me ensina o tempo inteiro sobre como ser uma pessoa melhor.

À minha querida amiga e coordenadora **Soraya Carvalho**. Contigo aprendi que “falar é uma necessidade e que escutar é uma arte”. Foram suas palavras acolhedoras e a segurança do seu olhar que me fizeram falar, quando pensei em silenciar. Muito obrigada por me permitir fazer parte da equipe do NEPS e de partilhar os mesmos sonhos.

A todos os colegas/companheiros e usuários que fazem parte da **família NEPS**, em especial a **Iracema, André, Carol, Sandra, Justa, Isabella, Julimarcos, Rosana, Rosenalva, Jandira, Amanda, Hilda, Márcia, Eliane, Josélia, Luan, Joseane, Virgínia, Norma, Manuela, Quele, Fátima, Anísio, Audicéia, Roseli e Naiara**. Não conseguiria traduzir em palavras a gratidão pelo que tenho vivenciado e aprendido com vocês.

À minha querida e eterna avó **Maria de Lourdes Santana** (*In memoriam*). Mulher determinada, forte, honesta, guerreira, justa, leal e generosa. Quantas vezes deixou de TER em detrimento de SER [...]. Nossas últimas palavras foram trocadas alguns dias antes de sua partida, mas tenho certeza de que nossos olhares um dia se reencontrarão. Afeto e gratidão!

Ao Grupo de Estudos e “Violência, Saúde e Qualidade de Vid@”, em especial às queridas **Rosana Mota, Josinete Lírio, Jordana Brock e Lívia Soares**. Que todos possam ser representados por vocês!

À querida **Kamyla Cunha** pela disponibilidade, gentileza e ensinamentos. Seu encantamento pela Teoria Fundamentada estimulou o meu encantamento e desejo de aprender.

À querida amiga e véinha **Vânia Lúcia**. Jamais esquecerei a forma como tornou mais leve a minha passagem por ambientes aparentemente tão hostis. Que estejam aqui representadas todas as queridas colegas/amigas que compartilharam desses momentos e que ainda se fazem presentes em minha vida.

Aos meus anjos da guarda **Maria Lídia, Regina Lúcia e Isabela Carlyne**. O que dizer de pessoas que nos fazem sentir tantas emoções? O que dizer de pessoas que acreditam que é possível ir tão longe? O que dizer de pessoas que sempre farão parte de nossa história? O que dizer quando os nossos sentimentos parecem maiores que o mundo? Amor e Gratidão por vocês existirem em minha vida. A vocês sempre darei o melhor de mim [...].

EPIGRAFE

NÃO SEI

Não sei se a vida é curta ou longa para nós,
mas sei que nada do que vivemos tem sentido,
se não tocarmos o coração das pessoas.

Muitas vezes basta ser: colo que acolhe,
braço que envolve, palavra que conforta,
silêncio que respeita, alegria que contagia,
lágrima que corre, olhar que acaricia,
desejo que sacia, amor que promove.

E isso não é coisa de outro mundo,
é o que dá sentido à vida.
É o que faz com que ela não seja nem curta,
nem longa demais, mas que seja intensa,
verdadeira, pura enquanto durar.

Feliz aquele que transfere o que sabe
e aprende o que ensina.

Cora Coralina

RESUMO

CORREIA, Cíntia Mesquita. **Cuidado às pessoas com comportamento suicida na Rede de Atenção Psicossocial: modelo teórico fundamentado na *Grounded Theory***. 2018. 167f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018.

Construir uma matriz teórica a partir dos significados das ações e interações experienciadas no cuidado às pessoas com comportamento suicida no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. Estudo com abordagem qualitativa, ancorado no referencial metodológico da *Grounded Theory* e no aporte teórico do Paradigma da Complexidade. Os dados foram coletados de maio a dezembro de 2017, a partir de entrevistas com 18 pessoas em acompanhamento por comportamento suicida e 15 profissionais que atuam em serviços da Rede de Atenção Psicossocial, divididos em dois grupos amostrais. O processo analítico foi construído com base no Modelo Paradigmático por meio dos componentes condição, ação-interação e consequência. Condição – responde a questões sobre por que, quando e como determinado fenômeno acontece, designado por meio de uma ação; Ação-Interação – expressa a resposta a eventos ou situações que contribuem para dar significados aos movimentos (estratégias e fatores interventores); Consequência – expressa os resultados ou desfechos previstos ou reais, efeitos das ações e interações. Os dados revelam o comportamento suicida como motivo para a busca de cuidado no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, o qual perpassa por inadequações estruturais e organizacionais até posturas profissionais desrespeitosas. A partir dos movimentos de ação-interação com os profissionais ratifica-se o lugar da Rede nas situações de fragilização e/ou fortalecimento às pessoas em risco de suicídio, com impactos para a maior vulnerabilização e/ou ressignificação do suicídio enquanto saída para o sofrimento. Ao desvelar o fenômeno “Revelando que o cuidado pautado na integralidade e no acolhimento às pessoas com comportamento suicida perpassa por profissionais qualificados e serviços estruturados no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial”, o estudo elucida a necessidade de uma gestão no direcionamento de políticas públicas de prevenção do suicídio em todo o cenário nacional.

Palavras-Chave: Assistência à Saúde; Comportamento Autodestrutivo; Tentativa de Suicídio; Sistemas de Apoio Psicossocial; Teoria Fundamentada.

ABSTRACT

CORREIA, Cintia Mesquita. **The care of people with suicidal behavior in the Psychosocial Attention Network: theoretical model based on the *Grounded Theory***. 2018. 167f. Thesis (Doctorate) - School of Nursing, Federal University of Bahia, Salvador, 2018.

To build a theoretical matrix based on the significances of actions and interactions experienced during the care of people with suicidal behavior within the Psychosocial Attention Network. This study comes from a qualitative research, and has its methodological reference on the *Grounded Theory* and also on the idea of Complex Thought. The data were collected from May to December of 2017, by interviewing 18 people in medical monitoring for suicidal behavior and 15 professionals who work for the Psychosocial Attention Network, divided in two groups. The analytical process was based on the Paradigmatic Model through the components of condition, action-interaction and consequence. Condition – answers questions about why, when and how a given phenomenon happens, designated by an action; Action-Interaction – expresses the response to events or situations that contribute to give meanings to the movements (strategies and intervening factors); Consequence – expresses the results or conclusions (expected or real), effects of actions and interactions. The data reveal the suicidal behavior as a reason to seek care at the Psychosocial Attention Network, which faces structural and organizational inadequacies and also disrespectful professional positions. From the action-interaction movements with the professionals, the Network is confirmed as an important place in the situations of fragilization and/or empowerment of people at risk of suicide, with impacts for greater vulnerability and/or resignification of suicide as a way to escape suffering. While unveiling the phenomenon "Revealing that care based on integrality and on the embrace of people with suicidal behavior runs through qualified professionals and structured services at the Psychosocial Care Network", the study elucidates the need of a management of public policies for suicide prevention throughout the entire national territory.

Keywords: Delivery of Health Care; Self-Injurious Behavior; Suicide Attempted; Psychosocial Support Systems; Grounded Theory.

RESUMEN

CORREIA, Cintia Mesquita. **Cuidado a las personas con comportamiento suicida en la Red de Atención Psicosocial: modelo teórico fundamentado en la Grounded Theory.** 2018. 167f. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Escuela de Enfermería, Universidad Federal de Bahía, Salvador, 2018.

Construir una matriz teórica a partir de los significados de las acciones e interacciones experimentadas en el cuidado a las personas con comportamiento suicida en el ámbito de la Red de Atención Psicosocial. Estudio con enfoque cualitativo, anclado en el referencial metodológico de la Grounded Theory y en el aporte teórico del Paradigma de la Complejidad. Los datos fueron recolectados de mayo a diciembre de 2017, a partir de entrevistas con 18 personas en seguimiento por comportamiento suicida y 15 profesionales de la Red, divididos en dos grupos muestrales. El proceso analítico fue construido con base en el Modelo Paradigmático por medio de los componentes condición, acción-interacción y consecuencia. Condición - responde a preguntas sobre por qué, cuando y como determinado fenómeno ocurre, designado por medio de una acción; Acción-Interacción - expresa la respuesta a eventos o situaciones que contribuyen a dar significados a los movimientos (estrategias y factores interventores); Consecuencia - expresa los resultados previstos o reales, efectos de las acciones e interacciones. Los datos revelan el comportamiento suicida como motivo para la búsqueda de cuidado en el ámbito de la Red de Atención Psicosocial, el cual atraviesa por inadecuaciones estructurales y organizacionales hasta posturas profesionales irrespetuosas. A partir de los movimientos de acción-interacción con los profesionales se ratifica el lugar de la Red en las situaciones de fragilización y / o fortalecimiento a las personas en riesgo de suicidio, con impactos para la mayor vulnerabilidad y / o resignificación del suicidio en cuanto salida al sufrimiento. Al desvelar el fenómeno "Revelando que el cuidado pautado en la integralidad y en la acogida a las personas con comportamiento suicida atraviesa por profesionales calificados y servicios estructurados en el ámbito de la Red de Atención Psicosocial", el estudio elucida la necesidad de una gestión en la dirección de políticas públicas de prevención del suicidio en todo el escenario nacional.

Descriptores: Prestación de Atención de Salud; Conducta Autodestructiva; Intento de Suicidio; Sistemas de Apoyo Psicossocial; Teoría Fundamentada.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Princípios da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).	39
Figura 2. Memorando 2 elaborado a partir da entrevista 02 do primeiro grupo amostral/Usuários.	58
Figura 3. Memorando 7 elaborado a partir da entrevista 07 do primeiro grupo amostral/Usuários.	59
Figura 4. Memorando 11 elaborado a partir da entrevista 03 do segundo grupo amostral/Profissionais.	59
Figura 5. Memorando 16 elaborado a partir da entrevista 15 do segundo grupo amostral/Profissionais.	60
Figura 6. Diagrama Memorando 2: Relatando o despreparo profissional para o reconhecimento do sofrimento mental, medicalização do cuidado e precariedade dos serviços de saúde.	60
Figura 7. Diagrama Memorando 7: Queixando-se sobre a dificuldade de acesso e atendimento.	61
Figura 8. Diagrama Memorando 11: Acreditando na necessidade de compreensão acerca do comportamento e criação de centros de referência para o cuidado diante o risco de suicídio.	62
Figura 9. Diagrama Memorando 16: Relatando acerca das facilidades e dificuldades de atendimento às tentativas de suicídio pelo serviço móvel de urgência.	62
Figura 10. Fenômeno: Revelando que o cuidado pautado na integralidade e no acolhimento às pessoas com comportamento suicida perpassa por profissionais qualificados e serviços estruturados no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial.	63

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).	40
Quadro 2: Modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).	41
Quadro 3: Descrição sócio-demográfica dos usuários - 1º grupo amostral.	51
Quadro 4: Descrição por categoria profissional, cargo e serviços da RAPS - 2º grupo amostral.	52
Quadro 5: Codificação aberta da entrevista 2 (primeiro grupo amostral/usuários).	55
Quadro 6: Elaboração dos conceitos da entrevista 2 (primeiro grupo amostral/usuários).	56
Quadro 7: Elaboração de subcategorias da entrevista 2 (primeiro grupo amostral/usuários).	56
Quadro 8: Elaboração das categorias da entrevista 2 (primeiro grupo amostral/usuários).	57
Quadro 9: Apresentação das categorias e subcategorias relacionadas aos respectivos componentes do modelo paradigmático.	57

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
AD	Antidepressivos
ADT	Antidepressivos Tricíclicos
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
APS	Atenção Primária a Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
CIAVE	Centro de Informações Antiveneno
CIT	Centro de Informação Toxicológica
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNSCOEPE	Conselho Nacional de Saúde
CONEP	Comissão de Ensino e Pesquisa
DESPRECARIZASUS	Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS
ECT	Eletroconvulsoterapia
EEUFBA	Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia
EBMSP	Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FAPESB	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia
GT	<i>Grounded Theory</i>
HGRS	Hospital Geral Roberto Santos
IMAOs	Inibidores da Monoaminoxidase
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
IRSN	Inibidores da Receptação de Serotonina e Noradrenalina
ISRS	Inibidores Seletivos da Receptação de Serotonina
MS	Ministério da Saúde
NEPS	Núcleo de Estudo e Prevenção do Suicídio
OMS	Organização Mundial de Saúde
PRAVIDA	Projeto de Apoio à Vida
PNPS	Plano Nacional para Prevenção do Suicídio
RAS	Rede de Atenção a Saúde

RAPS	Rede Atenção Psicossocial
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SESAB	Secretaria de Estado da Saúde da Bahia
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINITOX	Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas
SISNEP	Sistema Nacional de Informações sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos
SUS	Sistema Único de Saúde
TAB	Transtorno Afetivo Bipolar
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDM	Transtorno Depressivo Maior
TFD	Teoria Fundamentada nos Dados
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFS	Universidade Federal de Sergipe
VID@	Grupo de Estudos Violência, Saúde e Qualidade de Vida
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA	18
2 INTRODUÇÃO	25
3 REFLETINDO SOBRE O ESTADO DA ARTE	28
3.1 Contextualizando o comportamento suicida	28
3.1.1 Suicídio no Brasil e no mundo: morbimortalidade e estratégias de prevenção	29
3.1.2 Fatores de risco: reconhecendo o potencial suicida	31
3.1.3 Cuidados em saúde a indivíduos com comportamento suicida	32
3.1.3.1 Acompanhamento terapêutico e atuação da enfermagem	32
3.1.3.2 Tratamento farmacológico e atuação da equipe de enfermagem	34
3.1.3.3 Eletroconvulsoterapia e atuação da equipe de enfermagem	37
3.2 Contextualizando a Rede de Atenção Psicossocial	38
3.2.1 Componentes da Rede de Atenção Psicossocial	39
4 METODOLOGIA	46
4.1 Tipo de Estudo	46
4.2 Local do Estudo	48
4.3 Participantes do Estudo	49
4.4 Coleta e Análise dos Dados	52
4.5 Construindo Memorandos e Diagramas	58
4.6 Validação do Modelo Teórico	63
4.7 Aspectos Éticos	64
4.8 Aspectos Subjetivos	65
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	67
5.1 Caracterização dos participantes da pesquisa	67
5.2 Artigo 1 - MOTIVOS INTERVENIENTES PARA O CUIDADO ÀS PESSOAS COM COMPORTAMENTO SUICIDA NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	68
5.2 Artigo 2 - POTENCIALIDADES E ENTRAVES NO CUIDADO ÀS PESSOAS COM COMPORTAMENTO SUICIDA: ESTUDO EM GROUNDED THEORY	85

5.2 Artigo 3 - VULNERABILIDADES E FORTALECIMENTO DE PESSOAS COM COMPORTAMENTO SUICIDA: ESTUDO EM GROUNDED THEORY	105
5.2 Artigo 4 - CUIDADO ÀS PESSOAS COM COMPORTAMENTO SUICIDA NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: ESTUDO EM <i>GROUNDED THEORY</i>	124
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	144
REFERÊNCIAS	146
APÊNDICE A- INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DO MODELO PARADIGMÁTICO	154
APÊNDICE B- FENÔMENO	159
APÊNDICE C- ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	160
APÊNDICE D- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	162
APÊNDICE E - PROJETOS VINCULADOS AO DOUTORADO 2014-2018	164
ANEXO A- PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	165

1 APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA

Minha aproximação com a temática envolvendo o comportamento suicida e, mais ainda, com o cuidado às pessoas em risco de suicídio, iniciou-se muito cedo, quando ainda nem pensava em ser enfermeira e/ou qualquer outra profissão, independentemente da área de atuação ou conhecimento. Por isso, tentarei contar neste capítulo, muito mais que uma aproximação com a temática: um pouco de minha história e escolhas de vida.

Lembro-me que, por volta dos cinco ou seis anos de idade, estava de férias na casa de meus avós maternos, em minha cidade de origem - Aracaju -, quando meu pai chegou para informar à minha avó sobre um acidente ocorrido à minha mãe nas proximidades de Feira de Santana, onde morávamos à época. A partir daí, recordo-me que houve muita confusão, choros e até mesmo, brigas [...]. O que me deixou sem entender o que estava acontecendo, visto que adultos parecem “esconder” assuntos ditos sérios de crianças – e eu tinha apenas pouco mais de cinco anos.

Sendo assim, seria praticamente impossível com essa idade que eu pudesse entender o que havia acontecido à minha mãe. Ela havia sofrido um acidente automobilístico, no qual ao rolar pelo asfalto, foi acometida por um traumatismo craniano de moderado a grave. Mas, essa não foi, de longe, a pior notícia [...]. Todos os indícios apontavam para que o acidente sofrido por ela fosse autoprovocado – uma violência autoprovocada – uma tentativa de suicídio. Sim! Esta é exatamente a palavra que, por quase uma vida inteira, atormentou e confundiu os meus pensamentos. Afinal, por que alguém tentaria tirar a própria vida? Quais motivos levariam a uma ruptura tão radical com a própria existência? E mais [...]. Por que com a minha mãe?

Esses foram alguns dos questionamentos que eu me fiz por muito tempo. Até porque, infelizmente, aquela atitude que a minha mãe havia tomado em um determinado momento de sua vida, repetiu-se outras vezes. Com o passar do tempo, fui entendendo melhor o que acontecia com ela, mas ainda assim não compreendia sobre os motivos que a levavam à decisão de intentar contra a própria vida. Minha mãe sobreviveu ao traumatismo craniano, mas não ao sofrimento de sua própria história! A pergunta agora é: onde eu, Cíntia, estava enquanto acontecia tudo isso? O que eu, Cíntia, estava fazendo para impedir que mais sofrimento acontecesse? A resposta é bem simples: eu estava crescendo, seguindo o fluxo natural da vida, aprendendo a fazer escolhas que, mesmo sem saber, impactariam tão fortemente na construção de uma identidade permeada por desejos, anseios, dúvidas e, sobretudo, vontade de fazer diferente.

Para os que já leram até aqui, sei que podem pensar que foi a partir de tudo isso que me decidi por uma profissão na área de saúde. Mas, de fato, nem eu mesma sei como essas escolhas ficaram claras para mim. O que posso enfatizar ao longo de minha infância e adolescência é que foram muitas noites e dias sem a presença de minha mãe, pois quando ela não estava hospitalizada por cefaleias intensas - talvez como consequência do traumatismo -, nem sempre estava em condições de interagir conosco (no caso, eu e meu irmão). Desde a primeira tentativa de suicídio até a última, acompanhei a minha mãe em sua dor [...]. Muitas vezes, silenciosamente, buscando entender de que forma eu poderia ajudar. E é justamente na última tentativa de suicídio que vou agora iniciar o próximo parágrafo dessa história.

Havia cerca de dois anos que eu tinha concluído o curso de bacharelado em Enfermagem, quando já enfermeira, trabalhando em hospital privado de Aracajú-Bahia-Brasil, recebi a notícia de que minha mãe fora encontrada desacordada, ao lado de várias cartelas vazias de comprimidos ansiolíticos e antidepressivos, e que estava sendo levada para a emergência do hospital em que eu trabalhava. Era o dia de meu plantão noturno e, pela primeira vez, a Enfermeira Cíntia não soube o que fazer [...]. Aquela mulher (minha mãe) adentrou a sala de emergência, ocupou o leito de parada; meu irmão junto chorando; muitas vozes de profissionais [...] aquela cena confusa [...]. as cores se confundiam [...] minha visão ficava cada vez mais turva... a compreensão me fugia à mente... meu corpo tremia... Mas eu tentei! Eu tentei me aproximar, tentei puncionar uma veia, achei que deveria passar uma sonda gástrica para iniciar a descontaminação [...]. Mas, essas foram coisas que eu só pensei depois que tudo passou [...]. Na verdade, eu não consegui fazer quase nada. Meus colegas fizeram tudo o que precisava ser feito: agiram rápido e cuidadosamente e, depois de alguns critérios, solicitaram vaga em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Em meio a tudo isso, a Enfermeira Cíntia não conseguiu atuar. Não conseguiu exercer o seu papel de enfermeira e, talvez, nem o de filha. Minha mãe foi transferida para a UTI e minha coordenadora me dispensou do plantão para que eu acompanhasse todas as providências a serem tomadas. Até porque, eu já não estava mais em condições de liderar uma equipe ou de cuidar de mais alguém. Posso lhes assegurar de que aquela foi uma das noites mais longas de toda a minha vida pessoal e profissional. Mas, no dia seguinte, eu ainda teria muito o que fazer, compreender e cuidar.

Amanheceu, os anos se passaram e algo sempre me instigava à compreensão [...]. Por que as pessoas tentam tirar a própria vida? Como eu não conseguia responder a esse questionamento, resolvi esquecê-lo durante algum tempo e tocar a minha vida profissional em frente. Mudei-me para Salvador em 2005, por ter sido aprovada no concurso público

promovido pela Secretaria de Estado da Saúde da Bahia (SESAB). Em 29 de junho de 2006, assumi o cargo de enfermeira da SESAB, sendo lotada na emergência do Hospital Geral Roberto Santos (HGRS). Essa foi uma época bastante trabalhosa e também difícil, pois eu também conciliava meus plantões no HGRS com o de outros serviços privados em Salvador.

Aos poucos, o que parecia ser apenas trabalhoso e difícil, tornou-se também confuso; pois, na emergência do HGRS, comecei a me defrontar novamente com questionamentos que, noutro momento, decidi não mais fazer. Em minha experiência de emergência, recebia muitos pacientes desacordados e em estado grave, mas eram os admitidos por tentativa de suicídio que mais chamavam a minha atenção. Em alguns momentos, cheguei a pensar que aquilo não poderia estar acontecendo de novo, e que eu não deveria recordar a minha história, uma vez que isto poderia comprometer a minha assistência, além de me causar grande comoção. Mas, eu não consegui! Não consegui fazer de conta que as tentativas de suicídio não me incomodavam, não me adoeciam. Eram muitas situações, sendo, por vezes, duas ou três tentativas por plantão. A maioria absoluta de mulheres, por intoxicação.

Nos plantões, eu via acontecer de tudo um pouco: cuidado, negligência, maus tratos e, até mesmo, incitação ao suicídio por parte dos profissionais que atendiam as pessoas que atentavam contra a própria vida. Ouvia comentários pejorativos acerca de quem tentava suicídio e também proferia alguns: “quem tenta suicídio não quer morrer, se quisesse não daria trabalho aos outros”; “se tivesse o que fazer, com certeza não chegaria até a emergência”; “vai receber a sonda mais grossa para aprender a não tentar mais”... Essas e outras falas partiam de muitos profissionais, de todas as categorias... E o que é pior, de profissionais que eu, particularmente, considerava muito bons tecnicamente, muitos dos quais aprendi a respeitar e admirar. E, mais uma vez, o que eu estava fazendo a respeito? A partir desse momento, vou contar-lhes outra parte de toda essa história.

Venho de uma família de professores e, antes de pensar em ser enfermeira, sempre gostei de ensinar. Por vezes, imaginava-me lecionando Biologia – disciplina que sempre tive prazer em estudar. Aliás, a minha professora de Biologia do segundo grau estava em minha formatura (para minha honra – gratidão pelos ensinamentos minha mestra!). E foi esse prazer por lecionar que me fez, enquanto cursava e depois que conclui a graduação em Enfermagem, exercer atividades do ensino fundamental de ciências e como professora de cursos técnicos de enfermagem. Embora eu não tenha mencionado nos parágrafos anteriores, mas eu também conciliava meus plantões com essas outras atividades. Diante disso, eu sempre achei que poderia me especializar, ser enfermeira de serviço e também professora de enfermagem. Dessa forma, enquanto os questionamentos acerca de minhas vivências pessoais e

profissionais me inquietavam, eu sentia que deveria buscar mais conhecimento para respondê-los. Eu deveria retornar à universidade e estudar mais... Foi quando um dia, no ano de 2007, no site da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EEUFBA) encontrei a oferta de uma disciplina intitulada “Violência e Saúde” para o curso de aluno especial do mestrado.

Interessei-me de imediato em fazer a inscrição para essa disciplina, não somente por se tratar de uma oportunidade para continuar estudando, mas também porque algo despertou a minha curiosidade sobre os conteúdos que abordaria. Assim, fiz a minha inscrição e fui aprovada para cursá-la enquanto aluna especial do mestrado em enfermagem. E, como diria Morin, a partir das acepções do pensamento complexo, tudo estava conectado, nenhuma história existe separadamente, há uma teia de acontecimentos que nos une e nos separa o tempo inteiro [...]. No meu primeiro dia como aluna especial, encontrei na EEUFBA a Profa. Dra. Amândia, contemporânea de outras professoras da escola de enfermagem e que havia sido minha orientadora no Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), na Universidade Federal de Sergipe (UFS). Por ocasião desse reencontro, a professora desejou-me boa sorte e me estimulou a prosseguir diante de minha nova empreitada enquanto aluna especial.

No primeiro dia de aula enquanto aluna especial, cheguei atrasada por estar saindo de plantão no HGRS e adentrei a sala: estava lotada, todos me olharam, eu dei “bom dia” com um sotaque tipicamente sergipano e, nessa mesma hora, ouvi da Prof^a. Dra. Normélia Diniz que me apresentasse, justificando o tal atraso. E, mais uma vez, a partir desse momento, inicia-se outra etapa de minha aproximação com a temática. Ao ser questionada pela professora sobre um possível objeto de estudo, disse-lhe que desejava entender por que acontecem as tentativas de suicídio, considerando ser esta uma violência que pessoas praticam contra si mesmas. Depois da disciplina de “Violência e Saúde”, passei mais um semestre, ainda como aluna especial, cursando a disciplina de “Enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher” e, ao final de 2008, sentindo-me mais segura resolvi investir em uma pesquisa sobre o comportamento suicida com mulheres, visto ser o gênero feminino o mais envolvido nas tentativas de suicídio, em uma proporção de três a quatro mortes femininas para uma morte masculina.

Durante os semestres em que cursei como aluna especial, preparei-me para a elaboração de um anteprojeto de pesquisa que suscitava a violência e as tentativas de suicídio. Para isso, obtive a orientação de algumas professoras, as quais presto meus agradecimentos: Prof^a. Dra. Normélia, Prof^a. Dra. Regina, Prof^a. Dra. Edmeia, Prof^a. Dra. Enilda e Prof^a. Dra.

Climene (todas envolvidas na organização e prática das disciplinas que cursei como aluna especial).

Em 2009.1, fui aprovada na seleção do mestrado regular em enfermagem e também passei a lecionar como professora do Curso de Enfermagem da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP). Aprendi sobre a docência ao mesmo tempo em que entendi acerca da pesquisa. Revivi parte de minha história, aprendi a concretizar outras e, no início de 2011, defendi a dissertação intitulada “Mulheres com História de Violência Doméstica e Tentativa de Suicídio”. Tive como cenário de meu estudo, o Núcleo de Estudo e Prevenção do Suicídio (NEPS), serviço vinculado ao Centro de Informações Antiveneno da Bahia (CIAVE). Este era um serviço muito conhecido por mim enquanto enfermeira, pois o CIAVE situa-se em um prédio anexo ao HGRS, no subsolo da emergência em que eu trabalhava, e com o qual mantinha contato antes e após os atendimentos de todos os casos relacionados às intoxicações, incluindo as tentativas de suicídio.

Embora eu trabalhasse na emergência do HGRS e conhecesse o trabalho do CIAVE e do NEPS há aproximadamente três anos, não tinha qualquer tipo de contato com os pacientes que tentavam suicídio após receberem alta, ainda que muitos fossem encaminhados posteriormente para acompanhamento ambulatorial no NEPS. Nesse sentido, minha aproximação com o NEPS ocorreu em virtude de minha pesquisa de mestrado.

Com o desenvolvimento deste estudo e maior aproximação do NEPS pude, por vezes, reencontrar pessoas que eu já havia atendido na emergência no momento da crise suicida. Entretanto, mesmo com o reencontro, ainda não conseguia compreender a atitude que as tinham levado à decisão de tirar a própria vida. No processo de ambientação da pesquisa, passei a fazer parte da sala de espera do NEPS, observando as falas, os olhares e cada gesto que aquelas pessoas faziam – mulheres em sua maioria absoluta. Algumas esperavam solitariamente pela consulta, outras acompanhadas por familiares e/ou cônjuges, mas todas infinitamente tristes, com semblantes que eu, em vários momentos, tentei decifrar.

Após a ambientação, comecei a frequentar, por autorização da coordenadora do NEPS, a psicóloga e psicanalista Soraya Carneiro Carvalho Rigo, reuniões informativas para os familiares das pessoas acompanhadas por comportamento suicida. À medida que participava das reuniões, rememorava silenciosamente com os familiares, de todos os momentos e dúvidas que passei ou senti quando a minha mãe tentou suicídio. Percebi, com a aproximação do grupo de familiares, que não poderia jamais, enquanto filha, compreender nuances de um comportamento que ninguém havia me explicado, pois o fenômeno do suicídio envolve muito mais do que podemos imaginar – é multifacetado, multicausal e, ao mesmo tempo, único para

cada indivíduo. Por toda essa compreensão, agradeço imensamente a Soraya, que além de ser a idealizadora do NEPS, é uma pessoa extremamente generosa e uma profissional de excelência no cuidado às pessoas em risco de suicídio.

Com o desenvolver da pesquisa de mestrado e as entrevistas que realizei às mulheres com história de violência, de qualquer ordem (física, psicológica, moral, sexual e/ou patrimonial), em períodos diversos de vida, dei-me conta de que alguns dos questionamentos que tanto me atormentaram (pessoal e profissionalmente) não poderiam ser respondidos por uma lente única, como eu imaginava. Afinal, o comportamento suicida não pode ser respondido ou determinado por apenas um motivo, mas sim por diversos e diferentes eventos de risco: momentos infelizes de vida, vivência de violência, ocorrência de doenças crônicas ou incapacitantes, transtornos mentais, dentre outros. Há uma complexidade em torno do comportamento suicida, um tecido vivo e interminável de acontecimentos que farão com que cada pessoa, em face de suas histórias, personalidades e sentimentos, reaja de forma única.

Por esses e outros motivos, durante a pesquisa de mestrado, ativei-me por várias vezes: entrei em crise, chorei, não me compreendi, questionei-me e quase não consigo finalizar a dissertação. Afinal, sobre o que eu pretendia dissertar? Sobre as minhas incompreensões ou sobre o meu fracasso? Silenciei por mais vezes do que pensava após cada entrevista, cada parágrafo escrito e, sobretudo, sobre o que eu compreendia acerca de mim mesma. Em todos esses momentos, pude contar, felizmente, com a Prof^a. Normélia, que me acolheu e respeitou o meu tempo, nunca permitindo que a caminhada fosse solitária. Nesses momentos, também conheci a Prof^a. Nadirlene (à época orientanda de Prof^a. Normélia no doutorado), que, juntamente com Normélia, me ensinou a escrever de forma acadêmica o que os meus sentimentos e emoções falavam o tempo inteiro.

Em 2011, defendi a dissertação e retomei às atividades profissionais no setor de emergência do HGRS, que pausei por um mês meses para finalização do estudo. Lá, pude colocar em prática tudo o que havia entendido enquanto pesquisadora. Acredito, com isso, que me tornei uma profissional mais questionadora, mas também uma pessoa mais consciente de suas limitações. É isso que neste momento sinto em relação à pesquisa, que ela nos torna mais curiosos, porém mais criteriosos e, quiçá, cuidadosos. E não foi somente esse o entendimento que passei a ter sobre a pesquisa. Eu queria mais! Queria ir além da emergência e também fazer parte de um serviço como o NEPS, no qual os profissionais pareciam ter essa mesma compreensão. Por isso, durante três anos, solicitei minha transferência para o CIAVE/NEPS à minha diretoria do HGRS. Fiz isso, porque já me sentia parte desse serviço, não conseguia mais deixar de estar presente naquele cenário e, mais uma vez, como diria

Morin, à luz do Paradigma da Complexidade, sujeito e objeto estavam indissociavelmente unidos, com a compreensão de que as partes fazem parte do todo, assim como o todo está em todas as partes.

Em janeiro de 2014, após várias recusas da diretoria do HGRS, fui realocada para o CIAVE/NEPS. Nesse mesmo ano, em março, recebi a aprovação do doutorado na EEUFBA. Eu desejei retornar, primeiro porque já me sentia em condições de fazer novos questionamentos em torno do comportamento suicida; e, em segundo lugar, porque eu desejava falar de um lugar de cuidado às pessoas em risco de suicídio. Inicialmente, nos primeiros meses do doutorado e, até mesmo, após minha qualificação I, eu compreendia possibilidades de cuidado às mulheres, visto que são elas que mais tentam suicídio. Mas, depois, com a inserção no NEPS e também conhecendo homens que experienciam o comportamento suicida, passei a compreender que o cuidado cabe às pessoas, independentemente do gênero que apresentam ou com o qual se identificam.

No início deste capítulo, ao discorrer sobre minha aproximação, eu tinha apenas cinco ou seis anos de idade, mas foi somente em 2011, após a finalização da dissertação, que consegui abraçar a minha mãe com o desejo íntimo de cuidado. Hoje, com a compreensão adquirida ao longo dos anos e desta tese, abraço, simbolicamente, a todas as pessoas cuja dor se confunde com o desejo de não mais existir.

2 INTRODUÇÃO

O comportamento suicida consiste em um grave problema de saúde pública devido os índices de morbimortalidade e repercussões sobre a produtividade econômica. A magnitude e complexidade do fenômeno requer uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) estruturada, com profissionais qualificados para o cuidado na atenção psicossocial, no sentido de prevenir as tentativas de suicídio e o suicídio.

Compreendido enquanto um ato dor, o comportamento suicida engloba ideias e/ou pensamentos recorrentes de morte (ideação suicida), planejamentos acerca da própria morte - incluindo-se a busca por métodos letais -, tentativas de suicídio, suicídio e providências pós-morte, a exemplo das cartas de despedida (ABP, 2014; BAHIA et al., 2017). Essas características também foram assinaladas em estudos realizados com pessoas que tentaram suicídio, das quais 60% revelaram ter pensado em se matar pelo menos uma vez na vida e 6,8% declararam história prévia de tentativa de suicídio (ARAÚJO et al., 2015).

Atualmente, no *ranking* de países com mais casos de morte por suicídio, encontra-se pelo menos um país de cada continente do mundo, sendo que esses números aparecem com proporções maiores a cada ano. A exemplo disso, a pesquisa populacional realizada com as taxas de suicídio no Japão e na Coreia do Sul entre 1985 e 2010 mostrou que os dois países tiveram números elevados de mortes autoprovocadas (JEON; REITHER; MASTERS, 2016). Estima-se que, em todo o mundo, um milhão de pessoas morrem anualmente por suicídio, sendo este a segunda maior causa de óbito entre os jovens de 15 a 29 anos. Nos últimos 45 anos, as taxas globais de mortalidade por suicídio tiveram acréscimo de 60%, com destaque para República da Coreia, Trinidad e Tobago devido os números elevados de suicídios (WHO, 2014). Nos Estados Unidos da América (EUA), as taxas de suicídio aumentaram em cerca de 16% entre os anos de 2006 e 2014 (CURTIN; WARNER; HEDEGAARD, 2015).

No Brasil, os números de mortes por suicídio não diferem, com uma elevação de 12% entre os anos de 2011 e 2015, colocando o país na 8ª posição no *ranking* mundial dos maiores índices de suicídio (OMS, 2015). Estudo que investigou a tendência da mortalidade no período de 2000 a 2012 revelou maior crescimento percentual na taxa de suicídio no Nordeste (72,4%), seguida do Norte (37,2%) e do Sudeste (34,8%) (MACHADO; SANTOS, 2015).

Outro aspecto que chama atenção são as tentativas de suicídio, que registraram cerca de 62.804 casos entre os anos de 2011 a 2016 (OMS, 2014). Estima-se que em 2020, o ônus das tentativas de suicídio e a morbidade que essas trazem, alcance, aproximadamente, 2,4% em todo o mundo (SILVEIRA; SANTOS; FERREIRA, 2012). No cenário nacional, foram

notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, no período de 2011 a 2016, cerca de 1.173.418 casos de violências interpessoais ou autoprovocadas, das quais 42% tiveram relação com casos de automutilação e tentativas de suicídio (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2017).

Estudos mostram que existe uma prevalência nas unidades de pronto atendimento enquanto serviços de saúde que mais atendem as pessoas que tentam suicídio, e que, por vezes, é necessária a permanência para internação, a fim de que seja realizada a estabilização e recuperação de possíveis lesões, traumas ou outros problemas advindos da tentativa. A exemplo disso, estudo realizado nos EUA mostra que as tentativas de suicídio registradas geraram hospitalização média de 30 a 365 dias, principalmente nos casos de tentativas repetidas, que correspondem por aproximadamente 17% das internações (MAILLART et al., 2016). Esse tempo de internação e o primeiro contato com o indivíduo que atentou contra a própria vida e que está em profundo sofrimento, torna as emergências e unidades de pronto socorro, portas de entrada fundamentais e essenciais para a assistência e o cuidado às pessoas com comportamento suicida (DÓREA; FARO, 2017; BAHIA et al., 2017).

Importante também mencionar os impactos do comportamento suicida para a produtividade econômica do país. O custo relacionado ao atendimento a pessoas que tentaram suicídio no ano de 2001 foi equivalente a cerca de R\$ 1,3 bilhão, sendo tal causa a terceira que mais onera os cofres públicos brasileiros, considerando as demais expressões de causas externas (CABRAL; KRANZ; ROSA, 2017). Corroborando acerca dos gastos econômicos, dados apontam o suicídio e as tentativas como responsáveis pelas maiores taxas de internações por causas externas, com custo médio de mais de R\$1 milhão de reais (COSTA et al., 2015).

Dentre as possíveis causas que corroboram para a elevação nos índices de morbimortalidade relacionados aos eventos suicidas encontram-se as formas inadequadas de tratamento e apoio às pessoas afetadas pelo comportamento suicida, sendo urgente a necessidade de políticas públicas efetivas para a prevenção do agravo (WHO, 2014). Nesse contexto, a Reforma Psiquiátrica brasileira ganha lugar de destaque por ampliar o olhar para os conceitos de saúde a partir de uma compreensão complexa do processo saúde-doença, elegendo territórios como espaços para a produção de cuidados às pessoas em sofrimento psíquico e favorecendo investimentos na articulação intersetorial, instituindo assim, a Rede de Atenção Psicossocial (NUNES; GUIMARÃES; SAMPAIO, 2016).

A Rede de Atenção Psicossocial, instituída em 2011 pela Portaria nº 3.088, propõe um modelo de atenção em saúde mental a partir de articulações de ações e serviços em

diferentes níveis de complexidade, com fins no acesso e promoção de direitos ancorados no convívio social (BRASIL, 2011). Nesta perspectiva, em face das demandas de saúde relacionadas às tentativas de suicídio, estudos mostram que os serviços inseridos na Rede de Atenção Psicossocial, podem se constituir como portas de entrada para as ações relativas à saúde mental, o que faz com que esses se tornem *locus* privilegiados para o cuidado no comportamento suicida.

Estudo mexicano mostra a necessidade de avaliação psicológica e psiquiátrica em todos os casos atendidos por tentativas de suicídio em um hospital geral de alta complexidade, a fim de se determinar possíveis fatores de risco (REYES-TOVILLA et al., 2016). Pesquisa semelhante também foi realizada em Fortaleza, Ceará, Brasil, com 360 vítimas de tentativa de suicídio atendidas na emergência geral de um hospital de grande porte, nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), na Atenção ao usuário de álcool e outras drogas (CAPSad), na Assistência à criança e ao adolescente (CAPSi) e Projeto de Apoio à Vida (PRAVIDA) (OLIVEIRA; FILHO; GONÇALVES, 2014).

Considerando que o acesso à RAPS e o adequado atendimento aos pacientes que chegam aos serviços de saúde por tentativa de suicídio é determinante para a prevenção de que novas tentativas sejam cometidas (FREITAS; BORGES, 2017), o estudo objetiva construir uma matriz teórica a partir dos significados das ações e interações experienciadas no cuidado às pessoas com comportamento suicida no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial.

3 REFLETINDO SOBRE O ESTADO DA ARTE

3.1 Contextualizando o comportamento suicida¹

O termo Suicídio, derivado do latim *sui* (si mesmo) e *caedes* (ação de matar), refere-se a condutas que vão desde o pensamento constante no suicídio (ideação suicida), planos de morte, tentativas de suicídio até o suicídio propriamente dito. As tentativas de suicídio não apresentam desfechos fatais; ao contrário do suicídio, que tem na morte seu resultado final (WHO, 2014).

Ao longo dos anos, diversas e diferentes são as compreensões no que tange ao suicídio. Vale salientar que a morte sempre foi encarada como um desfecho natural da existência humana. Em muitas crenças, sempre foi vista como a finalização/completude de ciclos necessários à perpetuação da essência de cada indivíduo. Todavia, para o senso comum, o suicídio apresenta-se na contramão desses ciclos, simbolizando a interrupção da existência e a anulação da complexidade da vida.

Nos séculos XVII e XVIII, apenas as pessoas socialmente influentes como filósofos, imperadores e religiosos discutiam sobre a permissividade do ato suicida, condenando-o, muitas vezes, à condição de pecado. A partir do século XIX, uma mudança de olhar sobre o fenômeno do suicídio busca uma compreensão acerca da autodestruição para além do julgamento (CÔRREA; BARRERO, 2006).

Nesse contexto, *Émile Durkheim* apresenta uma concepção que aponta uma motivação social para todo ato suicida. Para o sociólogo, “as causas para o suicídio situam-se muito mais fora de nós do que em nós”, defendendo assim que o meio em que vivemos é determinante para a decisão de interromper a própria vida (DURKHEIM, 2005).

Independente da concepção teórica acerca do suicídio, a morte e o morrer sempre instigaram muitas crenças e dúvidas, estimulando diferentes olhares e compreensões. No caso da morte por suicídio, todo o entendimento gira em torno de condutas aceitáveis para o convívio em sociedade. As religiões, comumente, condenam o ato suicida; o modelo biomédico reconhece o comportamento suicida como consequência de possíveis doenças psiquiátricas; enquanto as teorias psicológicas e psicanalíticas o enxergam como resultado de

¹ Contextualizando o Suicídio será parte integrante de um dos capítulos do livro “Atuação da Enfermeira na Atenção e Formação em Saúde Mental” (título provisório), que se encontra em processo de diagramação pela Editora Martinari. Autoria: Cíntia Mesquita Correia e Nadirlene Pereira Gomes.

eventos individuais. Essas diferentes acepções revelam a complexidade do suicídio e nos permite compreender a dificuldade de definição do fenômeno.

Tal complexidade desvela-se ainda quando se busca conhecer os motivos que levam uma pessoa a tentar o suicídio ou a pensar no suicídio, visto que esse comportamento perpassa por vários componentes, incluindo os que fazem parte da estrutura biopsicossocial de cada indivíduo – as vivências, relações, interações, interpretações, significações e ressignificações da vida/do mundo. Nesse sentido, o suicídio nos impulsiona para um olhar mais atento às singularidades dos sujeitos, para uma reflexão acerca do ato suicida como a busca por uma ruptura radical com a vida, o que só é possível na presença de uma angústia insuportável. Daí a apreensão do suicídio como um ato-dor, uma alternativa para sair do sofrimento, e não a escolha pela morte (MACEDO; WERLANG, 2007).

Nesse contexto, os suicídios apresentam um elevado perfil de morbimortalidade. Os números expressam que urge o cuidado específico a este grupo, o que inclui o reconhecimento de fatores de risco e de comportamentos suicidas entre os gêneros, opções de tratamento e o preparo profissional para a prevenção de novos casos, identificação de pessoas em risco, bem como seu acolhimento e assistência. Nesse contexto, sinaliza-se para a necessidade de que o profissional de saúde esteja disposto a olhar à pessoa que tenta suicídio em todos os seus contextos, colocando-o no centro do cuidado.

3.1.1 Suicídio no Brasil e no mundo: morbimortalidade e estratégias de prevenção

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), tem-se um suicídio a cada 40 segundos e, para cada suicídio, um número de 20 ou mais tentativas. Os números alarmantes do suicídio são responsáveis pela segunda causa de morte em todo o mundo, principalmente na população jovem, na faixa etária de 15 a 29 anos, em ambos os sexos (WHO, 2014).

No cenário nacional, o Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) corrobora com os dados internacionais. Notificou-se 9.448 mortes por lesões autoprovocadas em 2010, sendo 64% destas na população de 20 a 39 anos (BRASIL, 2011).

Em relação aos índices elevados de suicídio, o Mapa da Violência 2014 sinaliza para um dado preocupante: as mortes por lesões autoprovocadas apresentaram um crescimento acelerado nos anos de 2002 a 2012 (33,6%), em comparação com os homicídios (2,1%) e as mortes por acidentes de trânsito (24,5%). Chama atenção para o aumento significativo nos coeficientes de mortalidade por suicídio, aproximando o Brasil dos países do Leste Europeu e

da Escandinávia, que possuem as maiores taxas de mortes por lesões autoprovocadas no mundo (WAISELFISZ, 2014).

Diante os números do suicídio e das tentativas de suicídio, bem como dos impactos traumáticos causados não somente a quem o tenta, mas também para as famílias, amigos e a sociedade em geral, ratifica-se este como um sério problema de saúde pública de ordem mundial.

Apesar das altíssimas taxas e das diversas vertentes de explicação para as mortes por suicídio, sabemos que são acontecimentos evitáveis se investirmos em sua prevenção. Essa necessidade fora anunciada desde o lançamento do primeiro Relatório de Saúde Mental, em 2001, quando a OMS preconiza estratégias para a redução do suicídio. Nesse contexto, tendo como prioridade a diminuição em 10% das taxas globais de suicídio até 2020, aprovou-se durante a sexagésima sexta Assembleia Mundial da Saúde, em 2013, o Plano de Ação de Saúde Mental da OMS. Segundo tal plano, além do caráter de impulsividade das circunstâncias que envolvem o ato suicida, o acesso facilitado aos meios que causam mortes, como substâncias tóxicas e armas de fogo, contribuem para o aumento dos casos; além das intervenções dos fatores culturais, sociais, psicológicos e psiquiátricos no comportamento suicida (WHO, 2013).

No Brasil, as Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio (Portaria Nº 1.876) foram promulgadas em 2006 com o objetivo de reduzir os danos associados aos comportamentos suicidas em toda a sociedade (BRASIL, 2006). Por conseguinte, em 2009 e 2013, respectivamente, as Estratégias Nacionais para Prevenção do Suicídio e o Plano Nacional para Prevenção do Suicídio (PNPS) 2013-2017, com vistas a implementar medidas de prevenção e proteção na identificação de qualquer indício de comportamento suicida (BRASIL, 2013), bem como direcionar a atuação do setor saúde no conjunto de ocorrências acidentais e violentas que matam ou geram agravos à saúde (WHO, 2013).

Infelizmente, mesmo diante o crescente perfil de morbimortalidade relacionado ao comportamento suicida, apenas o Brasil e mais 27 outros países em todo o mundo formularam estratégias de prevenção do suicídio. Em virtude da necessidade urgente de planos de ação coordenada envolvendo diferentes setores da sociedade – saúde, educação, trabalho, justiça e bem-estar social –, em diversos países, a OMS divulga em 2014 o primeiro Relatório Mundial de Prevenção do Suicídio. Intitulado *Preventing Suicide: a global imperative*, este relatório disponibiliza um conhecimento global e orientações quanto às melhores práticas e intervenções na prevenção do suicídio, em seus diferentes contextos (WHO, 2014).

3.1.2 Fatores de risco: reconhecendo o potencial suicida

No âmbito da prevenção é essencial que os profissionais de saúde estejam capacitados para o reconhecimento de indivíduos susceptíveis para o ato suicida. Para tal, é importante o conhecimento acerca dos fatores de risco ou eventos associados ao comportamento suicida, uma vez que estes aumentam as chances para o suicídio.

Um dos eventos, os transtornos mentais, caracterizados pelo comprometimento da ordem psicológica/psíquica/emocional, chama a atenção pela estreita relação com o comportamento suicida, visto que cerca de 90% das pessoas que tentam suicídio são diagnosticadas com algum tipo de alteração mental. Entre os transtornos mentais mais frequentemente associados ao risco suicida estão a depressão (Transtorno Depressivo Maior, TDM), o transtorno afetivo bipolar (TAB) e a esquizofrenia, além de comportamentos relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas (WHO, 2014).

Não podemos deixar de considerar o estigma, compartilhado inclusive por nós profissionais de saúde, relacionado ao comportamento suicida. Por receio de sofrer julgamentos e discriminação, o indivíduo acaba por distanciar-se dos serviços de saúde, prejudicando seu processo de cuidado e potencializando o risco para as tentativas de suicídio. Outros eventos que representam risco para o comportamento suicida são: dificuldades de acesso aos serviços de saúde; doenças crônicas, como o câncer; perdas financeiras; traumas e perdas de entes; vivências carregadas de sentimentos de rejeição; situações de violência, incluindo a violência contra a mulher (dentro ou fora da conjugalidade); história familiar de suicídio e transtornos mentais. Estes constituem uma complexa rede de fatores biológicos, psicológicos, culturais e sociais que se confrontam com as individualidades de cada sujeito (PRIETO; TAVARES, 2005; MACEDO; WERLANG, 2007; CHACHAMOVICH et al., 2009; WHO, 2014).

Inserida no contexto sociocultural mencionado, vale salientar que o comportamento suicida sofre influência da construção desigual entre os gêneros. Assim, para as tentativas de suicídio e suicídio, o comportamento suicida apresenta-se de forma diferenciada para homens e mulheres. Os homens morrem mais por suicídio que as mulheres, numa proporção de 4:1, com destaque para as armas de fogo e o enforcamento (WAISELFISZ, 2014). As mulheres tentam mais o suicídio, sendo o envenenamento, comumente, o método mais utilizado (BERTOLOTE; MELLO-SANTOS; BOTEAGA, 2010).

Os profissionais de saúde devem estar atentos para os eventos que aumentam as chances de suicídio e o fato de que este se expressa de forma diferenciada para os homens e

para as mulheres, a fim de identificar indivíduos susceptíveis e, nos casos em que estes apresentem comportamento suicida, buscar estratégias que evitem o ato suicida, onde se inserem os tratamentos farmacológicos e o acompanhamento terapêutico.

3.1.3 Cuidados em saúde a indivíduos com comportamento suicida

O cuidado em saúde a indivíduos com comportamento suicida pode e deve se dá no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), sobretudo na Estratégia Saúde da Família (ESF) e nos Centro de Atenção Psicossocial (CAPs), os quais constituem espaços privilegiados para o reconhecimento de grupos vulneráveis e em risco para o ato suicida. Esses indivíduos necessitam de tratamento terapêutico e/ou medicamentoso. Alguns casos, mais graves, recebem indicação de eletroconvulsoterapia.

Por ter como objeto de atuação o cuidado individual, familiar e coletivo, a enfermagem é de suma importância para evitar o suicídio, através de estratégias no sentido de prevenir novos casos; da identificação do potencial suicida bem como sua orientação e acompanhamento, a fim de assegurar inclusive a vinculação às ações terapêuticas.

3.1.3.1 Acompanhamento terapêutico e atuação da enfermagem

Diante a ideação suicida, os sujeitos encontram-se tão mergulhados em uma angústia imensurável e tão perdidos numa existência marcada pela falta de sentido, desesperança e sofrimento que, muitas vezes, elegem a morte como saída para a dor de existir (CARVALHO, 2014).

No sentido de compreender tais subjetividades, as abordagens psicossociais, com suas particularidades, surgem como possibilidades de tratamento adjuvante na prevenção do suicídio: psicanálise ortodoxa, psicoterapias de base psicanalítica, psicoterapia junguiana, terapia familiar sistêmica, psicoterapia gestáltica, terapia cognitiva, análise bioenergética, psicoterapias de grupo e muitas outras (CÔRREA; BARRERO, 2014).

Cabe à enfermeira, diante o vínculo terapêutico e a proposta de construção do projeto terapêutico, promover a orientação e o acolhimento de todos os envolvidos no processo de adoecimento, o que inclui os familiares. Nessa perspectiva, a concepção ampliada de cuidado à pessoa com transtorno mental pode ser fortalecida através de ações como visitas domiciliares, atendimento em grupo, sala de espera e palestras, reuniões de equipe, bem como a participação em eventos festivos, contribuindo para a desconstrução de valor da doença e a

transferência desse mesmo valor para os contextos de singularidade e complexidade dos sujeitos (OLIVEIRA; SILVA; SILVA, 2009).

Independente da estratégia de trabalho e do ponto de vista de análise adotado pelo profissional de saúde, na clínica do suicídio torna-se imperioso o entendimento de que o sofrimento se apresenta como dimensão central do ato suicida, seja pela ideação constante de morte, seja pelas consequências sociais estigmatizantes em torno do comportamento autodestrutivo (WERLANG; MACEDO; KRÜGER, 2004).

Dessa forma, qualquer intervenção de caráter terapêutico (individual ou grupal) deve buscar favorecer mudanças na forma de pensar o suicídio como única saída e fortalecer a pertença social, para assim estreitar sentimentos de desesperança e pensamentos de finitude (ESTELLITA-LINS; OLIVEIRA; COUTINHO, 2006; BOTEGA, 2006).

Nesse contexto, a equipe de enfermagem assume um papel fundamental no relacionamento terapêutico com o paciente sob risco suicida, pois a comunicação se constitui enquanto instrumento básico de cuidado em enfermagem, presente em todas as ações realizadas, seja para orientar, informar, apoiar, confortar ou atender às necessidades humanas básicas (PONTES; LEITÃO; RAMOS, 2008).

Essa compreensão do relacionamento terapêutico e interpessoal entre enfermeira e paciente como ferramenta principal das práticas de enfermagem, sobretudo na saúde mental, foi concebida em 1952, com a Teoria das Relações Interpessoais de *Hildegard Peplau*. Na aceção de sua obra, a autora destaca as ações de enfermagem como processos psicodinâmicos capazes de influenciar positivamente a vida dos indivíduos. Não se trata, no entanto, de mudanças instantâneas de personalidade, mas de um processo interpessoal pelo qual a enfermeira tem a propriedade de mostrar diferentes caminhos para que se tenha êxitos no desenvolvimento terapêutico (ALMEIDA; LOPES; DAMASCENO, 2005).

O entendimento sobre a necessidade das relações interpessoais como tecnologia fundamental para o cuidado do ser humano em sua totalidade foi retomado pela Política Nacional de Saúde Mental, instituída a partir da Reforma Psiquiátrica, e da lógica da desinstitucionalização, com a promulgação da Lei Federal nº 10.216, também conhecida como Lei Paulo Delgado ou Lei da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2002).

Nesse sentido, a meta do cuidado de enfermagem gira em torno de maximizar as interações enfermeira-paciente, valorizando ainda a família, com vistas a promover o bem-estar dos sujeitos no cenário da saúde mental, a partir da percepção de si próprio e da valorização como indivíduo social (KANTORSKI, 2005).

3.1.3.2 Tratamento farmacológico e atuação da equipe de enfermagem

Dentre a sintomatologia relacionada ao comportamento suicida, os quadros depressivos são apontados como os mais expressivos, por sua grande prevalência na população mundial, principalmente no Transtorno Depressivo Maior (TDM) (BAUER et al., 2010). Por esse motivo, serão abordadas nesse capítulo, as principais formas de tratamento associadas ao risco suicida diante a esse transtorno.

Os antidepressivos (AD) são os medicamentos frequentemente utilizados no tratamento da depressão. No caso do TDM, as classes de AD citadas como mais eficazes e efetivas são: os Inibidores Seletivos da Receptação de Serotonina (ISRS); os Inibidores da Receptação de Serotonina e Noradrenalina (IRSN); os Antidepressivos Tricíclicos (ADT) e os Inibidores da Monoaminoxidase (IMAOs) (BAUER et al., 2010). Para a escolha do AD mais adequado, o médico deverá adotar, entre outros aspectos, as características singulares a cada paciente, tolerabilidade, eficácia, preço e facilidade de uso (MIRANDA-SCIPPA, 2011), o que é muito importante, sobretudo, para pacientes com risco suicida elevado.

No geral, o uso prolongado dos psicofármacos provoca reações adversas relacionadas a alterações no trato gastrointestinal (náuseas e vômitos), sono, apetite e desempenho sexual. No caso dos AD, os fármacos mais recentes, produzidos a partir da década de 80, têm sido apontados como os mais toleráveis e seguros, sendo assim, recomendados como de primeira linha no tratamento do TDM (MACHADO; ARAÚJO, 2013).

Nesse contexto, os novos AD são classificados quanto à ação farmacológica e utilidade na prática clínica, apresentando-se nessa categoria os ISRS e os IRSN. Dentre os representantes dos ISRS, têm registro no Brasil, os seguintes medicamentos: fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina, citalopram e escitalopram. Enquanto a venlafaxina, duloxetina e mirtazapina representam alguns dos IRSN comercializados nacionalmente (WANNMACHER, 2012).

Dentre estes, a fluoxetina é o único listado na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), adotada pela Política Nacional de Medicamentos (Portaria nº 3916/98), com vistas a promover o uso racional de medicamentos, orientar quanto à prescrição de psicofármacos e sobre o abastecimento da rede do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2014). Outros AD (nortriptilina, amitriptilina e clomipramina), financiados pela União e pelos Estados, fazem parte do Programa dos Medicamentos Essenciais para a Área de Saúde Mental (Portaria GM N.º 1.077/99), entretanto a fluoxetina apresenta-se como

de maior disponibilidade para distribuição gratuita no Sistema Único de Saúde, o que pode impactar na dificuldade de adesão ao tratamento diante a prescrição de outros medicamentos.

Considerando a boa tolerabilidade aos efeitos colaterais, os ISRS, quando comparados aos demais AD, são descritos como os de menor ocorrência de eventos desencadeados, principalmente, pela ação anticolinérgica - xerostomia (boca seca), constipação e visão turva. Além disso, os ISRS também foram avaliados como os de maior segurança, por apresentarem uma baixa toxicidade, mesmo em situações de superdosagens (HALVERSON; BIENENDELD, 2011), o que é particularmente importante nos casos de tentativas de suicídio pela ingestão excessiva desses fármacos.

No que diz respeito aos IRSN, a maior preocupação refere-se à possibilidade de intoxicação na ingestão de grandes quantidades. Diferentemente dos ISRS, esses fármacos têm uma absorção mais rápida, alcançando facilmente doses letais – em torno de 20mg/kg. Entre as alterações mais importantes causadas pela ingestão descontrolada desses fármacos, encontram-se, além das complicações do sistema nervoso central, com rebaixamento do nível de consciência, depressão respiratória, nistagmo, midríase, hipertermia e pele seca; outras relacionadas ao sistema cardiovascular, como taquicardia ventricular, fibrilação ventricular, bradicardia, hipertensão provisória e hipotensão (FILHO; SACRAMENTO, 2013), evoluindo com perfis elevados de morbidade e mortalidade.

Os Antidepressivos Tricíclicos (ADT) foram, durante muito tempo, a classe de AD descrita como de primeira escolha, amplamente difundida no início dos anos de 1950. Somente nos últimos 30 anos, passaram a ser substituídos por AD mais novos como os ISRS e IRSN no tratamento do TDM. O principal motivo para essa substituição está na potencialidade tóxica desses fármacos quando considerados aspectos relacionados não somente à dose ingerida, mas também à idade do paciente e o uso concomitante com outras drogas. Além da rápida absorção pelo trato digestivo, a gravidade das intoxicações chega a ser bem maior que as causadas nas ingestões de grandes quantidades de IRSN, evoluindo com um péssimo prognóstico diante um quadro característico de tremores, convulsões e coma profundo (FILHO; SACRAMENTO, 2013).

Com isso, os ADT passam a ser indicados como psicofármacos de segunda linha no tratamento do TDM, tendo uma prescrição cautelosa nos serviços ambulatoriais e uma maior indicação nas crises depressivas graves, quando os pacientes requerem internação hospitalar, considerando a baixa tolerabilidade e segurança na dose terapêutica. A imipramina, nortriptilina, amitriptilina e clomipramina são os representantes de maior comercialização no país (MIRANDA-SCIPPA et al., 2011).

Os Inibidores da Monoaminoxidase (IMAOs) apresentam-se com indicações muito limitadas e com controvérsias sobre sua utilização. Isso se deve, principalmente, por sua hepatotoxicidade, mesmo que em baixas doses, além do número elevado de reações na interação, não somente com outras drogas, mas também com alguns alimentos, em particular os queijos fermentados, cuja reação possa desencadear crises hipertensivas. A tranilcipromina é o representante do IMAO irreversível comercializado no Brasil (PEREGRINO, 2011).

Independente da classe de antidepressivos, os cuidados de enfermagem devem ter como eixo central a adesão ao tratamento psicofarmacológico, na perspectiva de redução das crises depressivas, das hospitalizações e, conseqüentemente, do risco suicida (MIRANDA-SCIPPA et al., 2011). Neste sentido, a equipe de enfermagem deve buscar estratégias para assegurar a aderência medicamentosa e assim promover a melhoria na qualidade de vida do indivíduo, expressa através da maior disposição para os enfrentamentos do cotidiano, seja nas relações interpessoais familiares, ou nas demais interações sociais.

Vale a pena lembrar que o comportamento triste, lentificado, quase sem forças diante de qualquer situação, são sinais característicos da depressão. É por isso que o indivíduo não consegue levantar da cama; não consegue comer; não consegue tomar banho; simplesmente não consegue. Esse comportamento justifica um dito comum nos cenários assistenciais: “paciente suicida não é aquele que não quer, mas aquele que não consegue”. Agrava-se o quadro, quando associado a esse vazio existencial surgem sinais e sintomas físicos desagradáveis, como insônia, perda de apetite, náuseas e/ou disfunção sexual causados pelo uso, sobretudo, irregular dos antidepressivos. O que pode implicar no retorno a um estado inicial de isolamento e solidão, típicos do transtorno depressivo maior, no qual as dores subjetivas são por si só, suficientes para a construção de uma vida sem sentido.

A partir daí, embora se reconheça que a enfermeira especialista ou que atue em saúde mental tenha mais experiência para identificar os quadros clínicos associados à depressão, orientar quanto à necessidade de adesão à terapêutica medicamentosa, bem como perceber comportamentos relacionados ao potencial suicida, faz-se necessário um conhecimento mínimo por parte de todo e qualquer profissional de enfermagem acerca das indicações, contraindicações, administração e reações dos diferentes psicofármacos de modo a assegurar ao indivíduo uma assistência de qualidade.

Sendo assim, o primeiro ponto a ser observado no planejamento das ações de enfermagem diz respeito às queixas referidas pelo paciente, sejam as iniciais relacionadas ao quadro depressivo e/ou outras que surgiram com o uso das medicações.

Nesse sentido, a enfermeira deve estar atenta aos efeitos colaterais comuns a quase todos os psicofármacos, descritos, comumente, por cerca de 60% dos pacientes em uso terapêutico (CIPRIANI et al., 2011), o que pode implicar na irregularidade e descontinuidade do tratamento.

A equipe de enfermagem deve ter clareza sobre a valorização de toda e qualquer queixa, com o entendimento de que cada pessoa, mesmo na ocorrência do mesmo diagnóstico, poderá ter manifestações clínicas diferentes, com sintomas mais ou menos intensos para cada sujeito, considerando as singularidades de cada ser humano.

Além disso, faz-se necessária a orientação quanto ao tempo necessário para o que o psicofármaco comece a ter um efeito terapêutico (mínimo de duas semanas), bem como o bom senso para evitar possíveis interações medicamentosas dos antidepressivos com outros medicamentos e substâncias, principalmente entre os grupos capazes de provocar hipotensão (analgésicos, anti-hipertensivos, sedativos) ou até mesmo de potencializar os efeitos colaterais dos antidepressivos, como o consumo de bebidas alcóolicas e drogas ilícitas (RIBEIRO et al., 2014).

3.1.3.3 Eletroconvulsoterapia e atuação da equipe de enfermagem

A Eletroconvulsoterapia (ECT) é uma técnica de tratamento não farmacológico que consiste na aplicação de uma carga elétrica no cérebro com o objetivo de induzir crises convulsivas para fins terapêuticos. Antes da execução do procedimento, em sala devidamente montada, é recebida a sedação (anestesia geral por até 5') até que a descarga elétrica dê origem à convulsão (ANTUNES et al., 2009).

No Brasil, o Conselho Federal de Medicina (CFM) regulamentou a ECT através da Resolução 1640/2002, na qual dispõe em seu artigo 9º, sobre as seguintes indicações: depressão maior unipolar e bipolar, em casos de risco elevado de suicídio, mania (em especial, episódios mistos e psicóticos), esquizofrenia (em particular, a catatônica), formas agudas e produtivas resistentes aos neurolépticos atuais, transtornos esquizoafetivos, estados confusionais e catatônicos secundários às doenças tóxicas e metabólicas, algumas formas de Parkinson e na impossibilidade do uso de terapia psicofarmacológica (BRASIL, 2002).

A referida resolução preconiza a aplicabilidade da ECT somente mediante acompanhamento do médico e da enfermeira e após autorização por escrito do paciente ou de seus responsáveis, mediante o Termo de Consentimento Informado²⁴. Observa-se a participação da enfermeira em todas as fases da ECT, sendo esta a responsável por garantir o

esclarecimento do paciente e familiares quanto à natureza, finalidade e implicações do tratamento, bem como de sua revogação a qualquer momento (SANTOS, 2012).

No tratamento propriamente dito da ECT, os cuidados de enfermagem são similares a qualquer outro procedimento invasivo com necessidade de indução anestésica. Realiza-se avaliação do paciente quanto ao nível de ansiedade, evidências de ideação e planos suicidas; preparo para o procedimento (alergias, jejum, uso de medicações, controle de necessidades fisiológicas); e monitoramento dos parâmetros vitais, nível de consciência e respostas ao procedimento (TOWNSEND, 2014).

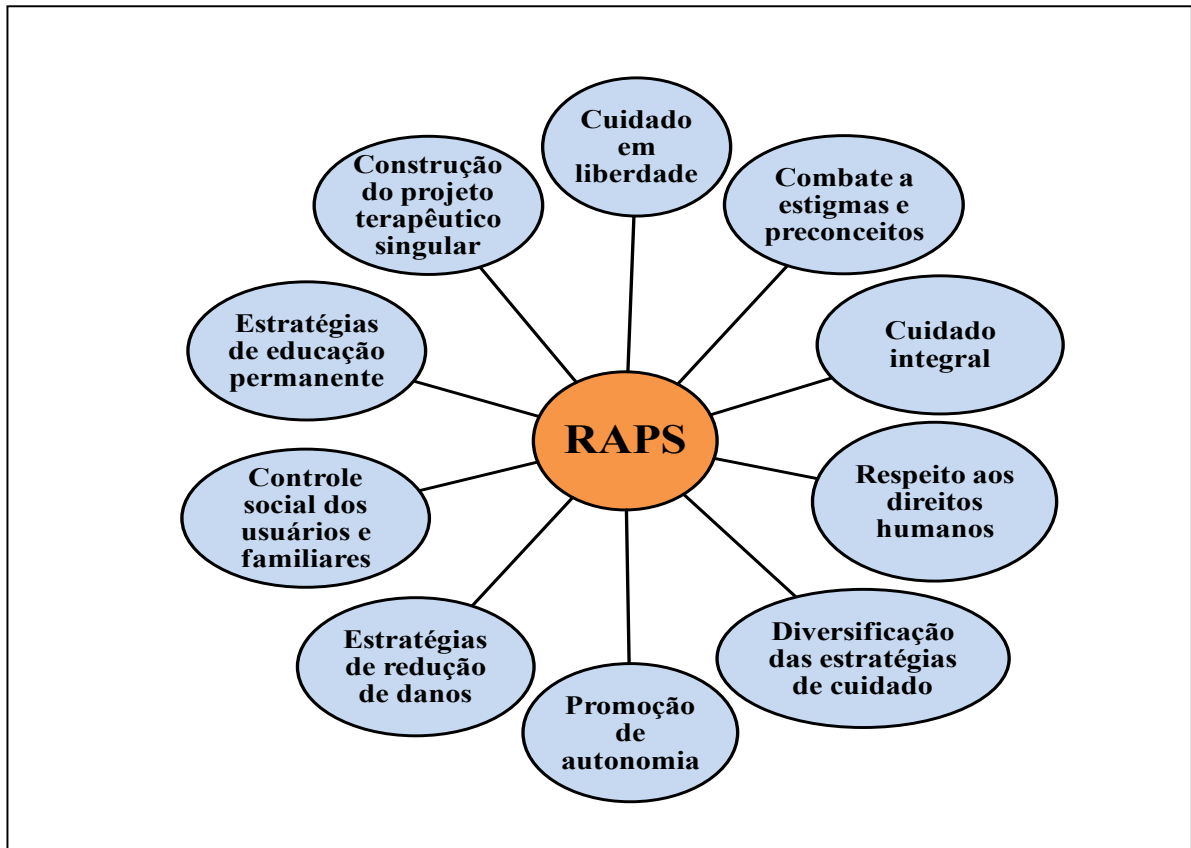
Diante da perspectiva de uma utilização cada vez mais ampla de técnicas biológicas como a ECT no tratamento de pacientes deprimidos sob risco suicida, destaca-se a importância de mais pesquisas no campo da enfermagem psiquiátrica, a fim de oferecer uma assistência de qualidade para os sujeitos. A relevância para maior investigação sobre tal técnica justifica-se ainda pelas más indicações veiculadas nos mais diversos meios de comunicação, contribuindo para alimentar desconfianças, dúvidas e preconceitos por parte da sociedade em geral, incluindo os profissionais de saúde (SANTOS, 2012).

3.2 Contextualizando a Rede de Atenção Psicossocial

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, consolida a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas no desenvolvimento de ações e serviços de base territorial e comunitária, com vistas à substituição do modelo hospitalocêntrico e manicomial (BRASIL, 2011). Tais serviços, organizados em determinados territórios, constituem-se em espaços acessíveis e próximos de onde vivem as pessoas que com necessidade de atendimento.

Nessa perspectiva, vislumbra-se como Rede um conjunto vivo e articulado formado por serviços e profissionais que, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (universalização, equidade e integralidade), devem estar preparados para acolher as pessoas em sofrimento, garantindo o direito à cidadania e ao cuidado em liberdade (MEDEIROS et al., 2016). Na Figura 1, são apresentados os princípios que norteiam o cuidado na RAPS.

Figura 1 - Princípios da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)



Fonte: Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CGMAD/SAS) BRASIL, 2016 adaptado pela autora.

3.2.1 Componentes da Rede de Atenção Psicossocial

A Rede de Atenção Psicossocial visa a assistência integral às demandas relacionadas ao sofrimento psíquico e/ou transtorno mental, sendo para isso, organizada por pontos de atenção (serviços) com diferentes níveis de complexidade (Quadro 1).

Quadro 1: Componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Atenção Básica em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> •Unidade Básica de Saúde • Núcleo de Apoio a Saúde da Família •Consultório na Rua •Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório •Centros de Convivência e Cultura
Atenção Psicossocial Estratégica	<ul style="list-style-type: none"> •Centros de Atenção Psicossocial
Atenção de Urgência e Emergência	<ul style="list-style-type: none"> •SAMU 192, •Sala de Estabilização, •UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro
Atenção Residencial de Caráter Transitório	<ul style="list-style-type: none"> •Unidade de Acolhimento •Serviço de Atenção em Regime Residencial
Atenção Hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> •Enfermaria especializada em Hospital Geral •Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas
Estratégias de Desinstitucionalização	<ul style="list-style-type: none"> •Serviços Residenciais Terapêuticos •Programa de Volta para Casa
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	<ul style="list-style-type: none"> •Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda •Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais

Como principais pontos de atenção deste componente estão: As Unidades Básicas de Saúde (UBS), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e os Consultórios na Rua (BRASIL, 2011).

A Estratégia Saúde da Família caracteriza-se por um conjunto de ações individuais e coletivas, em territórios definidos, que atendem às necessidades gerais da população com vistas à promoção e proteção da saúde. Para tanto, as equipes que compõem a ESF são formadas, em sua maioria, por agentes comunitários de saúde, cirurgiões dentistas, enfermeiros, médicos, técnicos em saúde bucal e técnicos de enfermagem (BRASIL, 2012).

As equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) prestam apoio aos profissionais das ESF através de intervenções interdisciplinares compartilhadas, podendo ser compostas por: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, educador físico, nutricionista, sanitarista e terapeuta ocupacional. Tem-se como ações desenvolvidas pelo NASF: discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes, dentre outras (BRASIL, 2013).

A Equipe de Consultório na Rua constitui-se em grupos multiprofissionais itinerantes que ofertam cuidados de saúde à população em situação de rua, através de ações

compartilhadas e integradas às unidades básicas, CAPS, serviços de Urgência e Emergência, instituições componentes do Sistema Único de Assistência Social e outras instituições públicas da sociedade civil. As equipes de CR existem em três modalidades (eCR I, eCR II, eCR III), que se diferenciam pelo quantitativo de profissionais de nível superior e médio, podendo ser compostas por: enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, médico, agente social, técnico de enfermagem e técnico em saúde bucal (BRASIL, 2012).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) consistem em pontos de atenção especializados/estratégicos que têm como objetivo assistir às pessoas em sofrimento psíquico e/ou transtornos mentais severos e persistentes, através de cuidados clínicos e terapêuticos ofertados por uma equipe multiprofissional composta, minimamente, por: médico psiquiatra, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, técnico administrativo/educacional e artesão. A depender da complexidade da assistência e da população de cada território, os CAPS apresentam diferentes modalidades, podendo ou não funcionar por 24h (BRASIL, 2011), Quadro 2.

Quadro 2: Modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

CAPS I	Atendimento diário (8h às 18h), durante cinco dias na semana, a adultos com transtornos mentais severos e persistentes. População entre 20.000 e 70.000 habitantes.
CAPS II	Atendimento diário (pode ir até 21h), durante cinco dias na semana, a adultos com transtornos mentais severos e persistentes. População entre 20.000 e 70.000 habitantes.
CAPS III	Atendimento contínuo (24 horas, todos os dias da semana) às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes. Tem como proposta a oferta de retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços da Rede. População acima de 200 mil habitantes.
CAPSi	Atendimento a crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. População acima de 150 mil habitantes.
CAPSad	Atendimento a adultos ou crianças e adolescentes com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. População acima de 70 mil habitantes.
CAPSad III	Atendimento a adultos ou crianças e adolescentes, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Apresenta, no máximo, doze leitos para observação e monitoramento por 24 horas, incluindo feriados e finais de semana. População acima de 200 mil habitantes.

Os Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) foram normatizados no Brasil a partir de 2004, pelo decreto presidencial Nº 5.055, de 27 de abril de 2004. Desde então, tais serviços prestam atendimento em situações de agravos urgentes, com acionamento gratuito 24h pelo telefone 192, visando a assistência precoce, adequada ao ambiente pré-hospitalar e o acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2004).

Segundo dados do Ministério da Saúde, a cobertura do SAMU 192 estende-se a 82,2% da população em todo o território nacional, com assistência a 3.533 municípios brasileiros. Para tal, as unidades do SAMU contam com uma central de regulação de urgência/emergência composta por médicos reguladores que atendem às demandas do 192, definindo a complexidade dos casos e, com isso, as prioridades de atendimento. Sendo assim, em situações que necessitem de deslocamento para o atendimento pré-hospitalar, o SAMU conta com as seguintes unidades: Unidades de Suporte Avançado (UTIs móveis), usadas em casos mais graves; Unidades de Suporte Básico; Veículos de Transporte, utilizadas em casos mais simples; Veículo de intervenção rápida; viaturas 4x4 (pickups ou SUV) de rápido deslocamento e capacidade de acesso a localidades de trânsito dificultoso.

São compostas por equipes preparadas para o suporte avançado de vida (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e condutores socorristas), sendo a motolância, os veículos de intervenção rápida, usados para fazer um pré-atendimento; a ambulância a unidade de socorro aquático e; o helicóptero a unidade de socorro aéreo.

Para os atendimentos às pessoas com sofrimento psíquico e/ou transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, bem como para as situações de autoagressão e risco de suicídio foram elaboradas, desde 2015, diretrizes nacionais para Suporte Básico e Avançado a partir de experiências nacionais e internacionais na saúde mental. Importante ressaltar que em casos que coloquem em risco a segurança da cena (quadros de hiperatividade, inquietude, angústia, irritabilidade, verborreia, atitudes hostis e/ou presença de armas), policiais/bombeiros podem ser acionados pela central de regulação, a fim de mediar a assistência juntamente com as equipes do SAMU (BRASIL, 2016).

As Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) devem realizar o acolhimento, a classificação de risco e a intervenção imediata nas situações de urgência/emergência, incluindo as demandas relacionadas à saúde mental. Para isso, faz-se necessária a articulação com a Atenção Básica à Saúde, SAMU 192, unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde, por meio de fluxos lógicos e efetivos de referência e contra referência, coordenados pelas Centrais de Regulação Médica de Urgências, com vistas a garantir a continuidade da assistência, conforme Portaria Nº 104, de 15 de janeiro de 2014 (BRASIL, 2014).

As Unidades de Acolhimento (UA) caracterizam-se por pontos de atenção com funcionamento de 24h, que articulam junto ao CAPS de referência a construção de Projetos Terapêuticos Singulares às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, que apresentem vulnerabilidade social e/ou familiar, com demandas por

acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório, por até seis meses. Para crianças/adolescentes entre doze e dezoito anos, tem-se a modalidade infanto-juvenil; os pontos de atenção para adulto correspondem à faixa etária acima de 18 anos (BRASIL, 2012).

Os Serviços de Atenção em Regime Residencial consistem em serviços de saúde, de caráter residencial transitório, destinado a oferecer cuidados contínuos a adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de álcool e outras drogas, por até nove meses. Articulam-se com outros serviços, principalmente com os CAPS e UBS, no sentido de favorecer a construção de novas perspectivas de vida (BRASIL, 2012).

Atenção Hospitalar composto por Serviços Hospitalares de Referência (leitos de saúde mental em hospital geral) para atenção às pessoas com sofrimento e/ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Tais serviços devem oferecer suporte hospitalar em saúde mental nas enfermarias de clínica médica, pediátrica ou obstétrica para intervenções de curta duração (uma a três semanas). Vale ressaltar que este tipo de assistência tem como proposta substituir os acompanhamentos realizados nos hospitais psiquiátricos, tendo como um dos fundamentos a garantia do acesso à tecnologia hospitalar, sobretudo no manejo do cuidado às intercorrências clínicas (BRASIL, 2012).

As estratégias de desinstitucionalização advêm com os ideais da Reforma Psiquiátrica e do SUS no que diz respeito à substituição do modelo hospitalocêntrico, centrado nas internações e medicalização da enfermidade, para uma assistência que busque redirecionar a atenção em saúde mental para uma rede de base comunitária e acessível – RAPS (SILVA; ROSA, 2014). Com isso, propõem-se os seguintes serviços:

- Serviço Residencial Terapêutico (SRT) apresentam-se como moradias inseridas na comunidade, que têm como finalidade o acolhimento às pessoas egressas de longas internações em hospitais psiquiátricos ou de custódia, com vistas a promover a autonomia e o exercício da cidadania, favorecendo assim, a inclusão social e a retomada da gestão do cotidiano e de novos projetos de vida com a ajuda de profissionais e de outros pontos de atenção. O acesso a esses serviços vincula-se diretamente ao fechamento de instituições de caráter asilar, tendo como referência os CAPS (BRASIL, 2011).

- Programa de volta para casa visa a inclusão social, que visa o fortalecimento dos processos de desinstitucionalização, com provisão mensal de auxílio reabilitação, de caráter indenizatório, às pessoas com transtorno mental egressas de internações de longa permanência (mais de dois anos ininterruptos) (BRASIL, 2003).

Constituem-se em estratégias de desinstitucionalização dos usuários em situação de longa permanência, a partir do financiamento de equipes multiprofissionais (psiquiatra, enfermeiro, psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional) focadas exclusivamente nesses processos, nos territórios que estão situados. As equipes têm a responsabilidade de elaboração de novos processos de trabalho e a articulação entre os diferentes componentes da RAPS (BRASIL, 2014).

Para os hospitais psiquiátricos, tem-se como estratégias complementares às de desinstitucionalização, a redução planejada de leitos, a fim de realizar uma transição segura para o modelo comunitário, a partir da recomposição das diárias hospitalares, conforme a diminuição dos leitos e a qualificação do atendimento (BRASIL, 2014).

As estratégias de reabilitação psicossocial dizem respeito a um conjunto de iniciativas de trabalho e geração de renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais de usuários e familiares da RAPS, com a finalidade de fortalecer a sociabilidade e projetos de vida em populações de extrema vulnerabilidade (BRASIL, 2013).

De uma forma geral, ainda que a Política Nacional de Saúde Mental tenha realizado investimentos da ordem de R\$ 1,6 bilhão, com o objetivo de organizar a assistência às pessoas com necessidades de tratamento e cuidados específicos em saúde mental, sabe-se que o Brasil apresenta uma má distribuição de componentes estratégicos para os atendimentos na saúde mental, a exemplo dos CAPS. Segundo dados da Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde (SAGE), tem-se o seguinte número de CAPS habilitados e em funcionamento no país: CAPS I (1.139 unidades); CAPS II (493 unidades); CAPS III (94 unidades); CAPS i (209 unidades); CAPS ad (316 unidades); CAPS ad III (90 unidades) (BRASIL, 2017).

No município de Salvador-Ba, *lócus* deste estudo, considerado como o quarto mais populoso do país, com quase três milhões de habitantes, tem-se apenas 20 CAPS com cobertura para toda a cidade, sendo: CAPS I (3); CAPS II (11); CAPS III (1); CAPS ad (2); CAPS i (2) e CAPS ad III (1) (BRASIL, 2017). Segundo dados da Secretaria de Estado da Saúde da Bahia (SESAB), o estado possui um total de 263 CAPS no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); dentre estes, 226 encontram-se habilitados e com financiamento pelo governo federal (SESAB, 2018).

No contexto da atenção psicossocial, a prevenção do suicídio é uma das prioridades do Ministério da Saúde (MS), apresentando-se como um desafio por se tratar de um fenômeno multifacetado. Desde 2006, com a publicação das Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio (BRASIL, 2006), são desenvolvidas ações neste campo, ratificando o compromisso

da gestão federal com a promoção da saúde, vigilância, prevenção e atenção às vítimas de tentativas de suicídio e seus familiares.

Nessa perspectiva, eixos de atuação que visam a articulação inter e intrasetorial para a prevenção do suicídio e a atenção à saúde no Brasil buscam ampliar a criação e a implementação do Comitê de Prevenção do Suicídio e/ou inserção do tema em comitês já existentes nos estados, municípios ou regiões de saúde, como os Grupos Condutores da Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2017). Entretanto, mesmo diante de um rol de ações relacionadas à qualificação da vigilância e fortalecimento de estratégias de promoção da saúde, o Brasil não apresenta um Plano Nacional de Prevenção do Suicídio, o que pode contribuir para as dificuldades acerca da compreensão do fenômeno em todos os níveis de assistência à saúde, incluindo a atenção psicossocial, como evidenciado nos resultados deste estudo.

Vale ressaltar que no âmbito do SUS, o único serviço ambulatorial especializado no atendimento às pessoas em risco de suicídio, em todo o cenário nacional, é o Núcleo de Estudo e Prevenção do Suicídio (NEPS), vinculado a um Centro de Informação Toxicológica, em Salvador, Bahia, Brasil. Tal serviço, embora não esteja oficialmente inserido na RAPS pela associação a um Centro de Referência em Toxicologia, tem se firmado em todo o estado da Bahia, como responsável por capacitações na prevenção do suicídio em toda a RAPS.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, ancorado no referencial teórico do Paradigma da Complexidade e metodologicamente na *Grounded Theory*.

A escolha pela abordagem qualitativa se dá pela especificidade do objeto de estudo, os significados das ações e interações experienciadas por pessoas com comportamento suicida no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. Esse método de abordagem favorece a compreensão do objeto de estudo, a partir da interpretação dos fenômenos vivenciados, dos significados atribuídos a estes ao longo de suas experiências (POLIT; BECK, 2011), bem como as aspirações, atitudes, opiniões, percepções, crenças e valores extraídos de cada pessoa em sua convivência social (MINAYO, 2014).

Conhecida no Brasil como Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), a *Grounded Theory* consiste em uma metodologia de investigação qualitativa que extrai os aspectos significativos das experiências vivenciadas pelos atores sociais, possibilitando interligar constructos teóricos. Logo, vem se constituindo como um novo método de investigação em áreas como sociologia, psicologia, educação e enfermagem (ERDMANN, 2009).

A *Grounded Theory* busca a compreensão dos fenômenos sociais, a partir das percepções ou significados das relações e interações entre as pessoas (CUNHA; ANDRADE, ERDMANN, 2018). Com isso, procura desenvolver uma teoria a partir de dados sistematicamente reunidos e analisados (STRAUSS; CORBIN, 2008). De acordo com Strauss e Corbin (2008, p. 25), “teorias fundamentadas, por serem baseadas nos dados, tendem a oferecer mais discernimento, melhorar o entendimento e fornecer um guia importante para a ação”. Por esse motivo, a exploração do fenômeno, enquanto “o que está acontecendo aqui?”, consiste em uma de suas principais particularidades.

Nessa perspectiva, apresentam-se como características específicas da *Grounded Theory*, a saber: 1. A revisão de literatura é orientada conforme os dados coletados, não sendo o passo inicial para o processo de pesquisa; 2. Os dados são coletados e analisados concomitantemente, permitindo ao pesquisador mudar o foco e o direcionamento dos dados a cada entrevista a ser realizada; 3. O método é circular, o que permite ao pesquisador o “vai e vêm” revelados pela coleta e análise dos dados para a construção de hipóteses e definição da amostragem teórica; 4. A amostragem teórica possibilita a busca de dados em locais ou depoimentos de pessoas que tenham conhecimento sobre a realidade a ser estudada; 5. As

teorias são geradas a partir de dados empíricos, de campo; 6. Utiliza memos ou memorandos para representar, de forma escrita, os pensamentos abstratos do pesquisador sobre os dados e as representações gráficas das relações entre os conceitos – diagramas (STRAUSS; CORBIN, 2008; CHARMAZ, 2009).

O Interacionismo Simbólico configura-se como o principal quadro de referência teórica da *Grounded Theory*, ainda que não se apresente como alicerce para todos os estudos fundamentados nos dados (HALL; GRIFFITHS; MCKENNA, 2013). O símbolo apresenta-se como elemento central, essencial para as relações e interações entre as pessoas e para a compreensão dos seres humanos enquanto seres simbólicos. Nesse contexto, a linguagem assume o papel de símbolo e possibilita um elo de interação/comunicação, ao passo em que cria uma interdependência entre as pessoas e a sociedade (SILVA et al., 2011).

Entretanto, o objeto de estudo nas vivências ou experiências de sujeitos em determinados processos relacionais e interacionais, busca em outros referenciais teóricos a compreensão desses movimentos, extrapolando as noções emergidas do Interacionismo Simbólico. Nesse sentido, faz-se significativo o uso do Paradigma ou Referencial da Complexidade, que permite apreender os múltiplos movimentos de interação e associação em uma realidade plural e complexa.

O Paradigma da Complexidade ou Pensamento Complexo proposto por Edgar Morin recomenda, antes de tudo, que a pesquisadora possa despir-se de qualquer conceito ou ideia pronta, já que a busca por uma teorização não se resume a uma palavra, a uma definição, a uma lei ou conjunto de ideias simples. Consciente disto, o desafio da complexidade recusa diante os significados do cuidado às pessoas com comportamento suicida, todo e qualquer entendimento que seja mutilador, redutor ou unidimensional. Isso se dá por considerar que as interações entre as pessoas e o meio em que vivem produzem, por meio da cultura, da linguagem e de um saber adquirido sobre os próprios indivíduos, um intenso emaranhado de inter-retroações constituintes do todo, da complexidade (MORIN, 2015).

Essas relações de interdependência conferem à Complexidade um conceito de processo dinâmico e cíclico de retroação, no qual toda causa tem um efeito, ao tempo em que todo efeito gera outra causa (MORIN, 2015). Neste sentido, poderá permitir o desvelar de símbolos que, manifestados no cotidiano das interações (STRAUSS; CORBIN, 2008), possibilitem emergir conceitos sistematicamente articulados para a condução de uma matriz teórica acerca da compreensão do referido cuidado.

Diante o exposto, o Paradigma da Complexidade alinha-se como referencial teórico desta tese, por também considerar as interações entre os seres humanos e o meio em que

vivem não como relações de simples dependência, mas sim constitutivas dos sistemas (MORIN, 2011). Essas relações de interdependência, tal qual no Interacionismo Simbólico, encontram em um dos princípios da complexidade – recursivo organizacional – um conceito de processo dinâmico e cíclico de retroação (MORIN, 2015).

Nessa perspectiva, espera-se que a articulação entre o referencial teórico da Complexidade e o método da *Grounded Theory* contribua para a construção de uma matriz teórica a partir dos significados das ações e interações experienciadas no cuidado às pessoas com comportamento suicida no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial.

4.2 Local do Estudo

O cenário elegido para realização do estudo é o Núcleo de Estudo e Prevenção do Suicídio (NEPS), serviço ambulatorial, especializado no atendimento a pessoas com comportamento suicida. Vinculado ao Centro de Informação Antiveneno da Bahia (CIAVE), o NEPS localiza-se nas dependências do Hospital Geral Roberto Santos (HGRS), em Salvador, Bahia, Brasil.

O HGRS foi inaugurado em março de 1979 para disponibilizar assistência de alta complexidade. O maior hospital público do estado da Bahia dispõe de 640 leitos, sendo referência nos serviços de emergência, hemorragia digestiva, nefrologia, pediatria, clínica médica, cirurgia buco-maxilo-facial, cirurgia geral, neurocirurgia, cirurgia pediátrica e neonatal, maternidade de alto risco, entre outras especialidades médicas. Desde 2011, foi também certificado, pelos Ministérios da Saúde e da Educação, como hospital de ensino.

Localizado em prédio anexo ao HGRS, o CIAVE foi inaugurado em agosto de 1980 pela Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB). Dos trinta Centros de Informação Toxicológica em funcionamento no país, destaca-se por ser o segundo serviço implantado pelo Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX).

O CIAVE apresenta-se como referência no atendimento a todas as ocorrências tóxicas e acidentes por animais peçonhentos na Bahia, contando para isso com uma equipe multiprofissional composta por biólogos, enfermeiras, farmacêuticos, médicos toxicologistas, psicólogas, psiquiatras, técnicos de laboratório e administrativos, terapeutas ocupacionais e veterinários.

Por ser um Centro de Informação Toxicológica, a maioria dos atendimentos ocorre por telefone, em plantão permanente de 24h, com orientação toxicológica a instituições de saúde públicas e privadas na prevenção, diagnóstico e tratamento de intoxicações. Para os casos

admitidos nas emergências pediátrica e adulta do HGRS, em virtude da proximidade com o CIAVE, também ocorre uma avaliação presencial, junto aos pacientes, quanto à realização de condutas toxicológicas por parte da equipe.

Para os casos de intoxicações autoprovocadas, nas tentativas de suicídio, o paciente também é avaliado por profissionais da equipe do NEPS, composta por: Enfermeira, Psicólogos, Psiquiatras e Terapeutas Ocupacionais. As avaliações também ocorrem por encaminhamentos de outros profissionais que atuam, em geral, nos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e na área educacional, a exemplo de escolas e universidades públicas e privadas, independentemente dos casos de intoxicação. Além disso, com o quantitativo crescente de pessoas que apresentam ideação suicida e/ou tentaram suicídio, o NEPS tem recebido casos que chegam por demanda espontânea, em busca de tratamento. Com as avaliações, realiza-se uma triagem relacionada à gravidade para o risco de suicídio e, a partir daí, faz-se o seguimento quanto ao atendimento ambulatorial no NEPS ou encaminhamento para os dispositivos da RAPS.

O acompanhamento a pacientes que dão entrada no HGRS iniciou-se em 1991, com o serviço de psicologia do CIAVE - composto por apenas uma psicóloga. Após 16 anos, em 2007, com o reconhecimento do trabalho de prevenção, orientação e tratamento às pessoas com risco para o suicídio, além da crescente demanda dos atendimentos, ampliou-se o serviço com a inauguração do NEPS. Este passou a contar com uma estrutura física de quatro consultórios e espaço (auditório) para os atendimentos individuais e grupais, no período de 8h, de segunda a sexta-feira.

Além disso, vale ressaltar o pioneirismo do NEPS no acompanhamento às pessoas em risco para o suicídio, sendo o único, no país, vinculado a um Centro de Informação Toxicológica e referência estadual nos atendimentos especializados para o comportamento suicida, com capacitações na abordagem multiprofissional às pessoas com risco para o suicídio em toda a RAPS.

4.3 Participantes do Estudo

A *Grounded Theory* tem como um dos pressupostos, a seleção de participantes durante todo o processo de pesquisa, por amostragem teórica. Isso permite a busca de lugares, pessoas ou acontecimentos que potencializem a descoberta de conceitos e o aprofundamento das categorias, conforme as necessidades que surgem no decorrer do estudo (TAROZZI, 2011).

Embora não se tenha conhecimento, *a priori*, dos grupos que irão compor a amostra, os participantes da primeira amostragem podem ser definidos pelo problema de pesquisa (BAGGIO; ERDMANN, 2011). Assim, considerando-se a questão “Quais os significados atribuídos ao cuidado às pessoas com comportamento suicida na Rede de Atenção Psicossocial”, elegem-se como participantes do primeiro grupo amostral: Pessoas com comportamento suicida em acompanhamento terapêutico e/ou psiquiátrico no NEPS. Como critérios de inclusão para os participantes dessa primeira amostragem teórica: idade igual e/ou maior a 18 anos - em cumprimento à habilitação referente aos atos da vida civil, conforme o Código Civil Brasileiro (Lei Nº 10.406, de 10/01/2002, em vigor desde 13/01/2003); em qualquer período do acompanhamento, desde que se apresentem emocionalmente estáveis, após avaliação e indicação de profissionais do NEPS.

Em relação ao primeiro grupo amostral, observou-se que os participantes, durante o processo analítico, reportaram-se ao comportamento suicida nos atendimentos experienciados em diferentes serviços da RAPS: Centros de Atenção Psicossocial, Emergência de Hospital Geral, Núcleo de Estudo e Prevenção do Suicídio, Unidades de Pronto Atendimento, Pronto Atendimento Psiquiátrico e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Com isso, define-se como participantes do segundo grupo amostral: Profissionais com atuação em serviços da RAPS. Como critérios de inclusão: atuar em níveis de assistência e/ou gerencial em, pelo menos, um dos serviços que compõem a RAPS; ter prestado cuidados diretos e/ou indiretos a pessoas com comportamento suicida, no âmbito da RAPS.

Ressalta-se que a *Grounded Theory* não preconiza um número mínimo ou máximo de participantes, visto que a composição dos grupos amostrais ocorre durante o processo analítico, a partir da sensibilidade teórica do pesquisador no desenvolvimento das entrevistas, diagramas e memorandos (CORBIN; STRAUSS, 2015). Desta forma, considera-se o alcance da saturação teórica diante a obtenção de dados necessários à construção de conceitos e categorias, que neste estudo, totalizaram 33 participantes divididos em dois grupos amostrais.

Utilizou a letra U (usuários) seguida de numeral (Ex.: 1, 2, 3) para a identificação dos participantes do primeiro grupo; e a letra P (profissionais) seguida da representação, em subtítulo, dos serviços (Ex.: CAPS, NEPS, SAMU) para o segundo grupo.

No Quadro 3 é apresentada a síntese dos dados sociodemográficos do primeiro grupo amostral, composto pelos usuários.

Quadro 3: Descrição sócio-demográfica dos usuários - 1º grupo amostral. Salvador-Ba, 2018.

Classificação	Idade	Cor/ Raça	Religião	Escolaridade	Estado Civil	Trabalho
U1	46	Parda	Evangélica	Superior completo	Divorciada	Pensionista
U2	41	Parda	Evangélica	Superior completo	Casada	Autônoma
U3	48	Preta	Evangélica	Fundamental incompleto	União consensual	Diarista
U4	53	Preta	Católica	Ensino médio completo	Casada	Vendedora
U5	38	Parda	Espírita	Superior completo	Divorciada	Professora
U6	40	Preta	Espírita	Superior completo	União consensual	Aposentada
U7	61	Parda	Adventista	Fundamental completo	Solteira	Aposentada
U8	38	Parda	Espiritualista	Superior completo	Solteira	Não trabalha
U9	22	Indígena	Crê em Deus	Superior incompleto	Solteira	Estudante
U10	63	Parda	Católica	Fundamental incompleto	Casada	Aposentada
U11	24	Preta	Evangélica	Ensino médio completo	Solteira	Benefício INSS
U12	29	Preta	Católica	Ensino médio completo	Divorciada	Benefício INSS
U13	35	Preta	Evangélica	Superior incompleto	Solteira	Professora
U14	28	Preta	Crê em Deus	Ensino médio completo	Divorciada	Benefício INSS
U15	37	Amarela	Católica	Ensino médio completo	Solteira	Benefício INSS
U16	28	Preta	Crê em Deus	Fundamental completo	Solteiro	Autônomo
U17	56	Parda	Crê em Deus	Ensino médio completo	Casado	Piloto de avião
U18	30	Parda	Crê em Deus	Ensino médio completo	Solteiro	Benefício INSS

Fonte: Elaborado pela autora, Salvador-Ba, 2018.

A descrição do segundo grupo amostral, composto pelos profissionais (Quadro 4) é apresentada a mediante a categoria profissional, o cargo e a lotação nos serviços da RAPS.

Quadro 4: Descrição por categoria profissional, cargo e serviços da RAPS - 2º grupo amostral Salvador-Ba, 2018.

Categoria profissional	Função	Serviços RAPS
Médico Psiquiatra	Assistencial	NEPS
Psicóloga	Coordenação	NEPS
Terapeuta Ocupacional	Assistencial	NEPS
Enfermeira	Supervisão de Enfermagem Emergência	Hospital Geral Estadual
Enfermeira	Apoiadora Institucional de Saúde Mental	CAPS Cabula/Beiru
Enfermeira	Apoiadora Institucional de Saúde Mental	CAPS Subúrbio Ferroviário
Enfermeira	Assistencial	CAPS I
Terapeuta Ocupacional	Chefia CAPS	CAPS II
Enfermeira	Coordenação de Enfermagem	UPA
Enfermeira	Gerente Municipal	UPA
Assistente Social	Assistencial	PAP
Enfermeira	Gerente	PAP
Médico Psiquiatra	Assistencial	PAP
Enfermeira	Coordenação de Enfermagem	SAMU
Técnica de Enfermagem	Assistencial	SAMU

Fonte: Elaborado pela autora, Salvador-Ba, 2018.

4.4 Coleta e Análise dos Dados

Os dados foram coletados de maio a dezembro de 2017, utilizando-se como técnica a entrevista semiestruturada. Para isso, elaborou-se um roteiro estruturado em: caracterização sócio-demográfica dos participantes do estudo (primeira parte) e as perguntas que auxiliaram a entrevista, de acordo com modelo paradigmático da *Grounded Theory* (segunda parte). No primeiro grupo amostral, as perguntas foram direcionadas conforme a seguinte questão norteadora: Como você significa o cuidado prestado por profissionais nos serviços que já buscou por conta de pensamentos de suicídio ou tentativa de suicídio? (Apêndice A).

Justifica-se o longo período para coleta de dados devido às dificuldades relacionadas a situações de instabilidade emocional dos usuários acompanhados no NEPS, e também em relação à pesquisadora que, por ser enfermeira do serviço, precisou interromper, por várias vezes, o processo de pesquisa para prestar cuidados aos usuários em crise. As repercussões

psicológicas e emocionais requereram reforços dos suportes psicoterápicos de ambos, impactando assim, na análise concomitante dos dados e consequente direcionamento para as entrevistas seguintes.

Assim, quando possível o seguimento da coleta e análise dos dados, a entrevista como ferramenta de uma escuta interessada e direcionada serviu para facilitar, ampliar e aprofundar o contato entre a pesquisadora e participantes, emergindo através desta, a visão, os juízos e as relevâncias presentes nas relações e interações experimentadas por cada pessoa (MINAYO, 2014). Desse modo, falas, gestos e expressões revelaram interpretações dadas, por cada um de nós, à própria existência (TAROZZI, 2011).

Ao tempo em que a entrevista possibilitou uma análise descritiva acerca do objeto de estudo, a visão subjetiva dos participantes, apreendida a partir da observação não participativa da pesquisadora, contribuiu durante a coleta e análise constante das falas para a anotação de ideias, intuições e hipóteses imperativas à teorização – memos ou memorandos.

As hipóteses buscaram semelhanças e diferenças entre os grupos amostrais, observando-se a existência de três etapas: a indução, vinculada a ter uma intuição e, então, transformá-la em hipótese, provisória e condicional; a dedução, que se refere à identificação de elementos que se originam das hipóteses com o propósito de verificação; e a terceira e última etapa, a verificação, que consiste em descobrir a total ou parcial qualificação de uma hipótese ou sua negação (STERN, KERRY, 2009; STRAUSS; CORBIN, 2015). Os memorandos foram fundamentais para evitar que os dados sintetizados e classificados fossem perdidos ou esquecidos; anotações necessárias para comparar dados, bem como explorar ideias/indicações que direcionarão para uma nova coleta (OLIVEIRA, 2011).

As entrevistas tiveram duração média de 60 minutos, sendo áudio-gravadas em meio digital e transcritas por bolsistas de iniciação científica (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico/CNPQ e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia/FAPESB) vinculados ao projeto de tese deste estudo, logo após o encontro com o (a) entrevistado (a). Realizava-se a leitura minuciosa de cada transcrição, utilizando simultaneamente o áudio da entrevista, a fim de verificar possíveis perdas de informações. Foram também elaborados memorandos (Figuras 2, 3, 4 e 5) e diagramas (Diagramas 2, 7, 11 e 16), que serão posteriormente apresentados.

No que diz respeito ao primeiro grupo amostral, os participantes foram indicados, previamente, por profissionais do NEPS, e as entrevistas realizadas no próprio serviço, em salas utilizadas como consultórios nos atendimentos individuais, a fim de garantir o bem-estar e o suporte psicológico aos informantes, caso necessário. Destaca-se, mais uma vez, que a

pesquisadora, por ser também enfermeira do serviço, precisou, durante muitas entrevistas, interromper as gravações para que os participantes, emocionados por memórias de suas vivências, pudessem se recompor e dar continuidade ao processo.

A partir da análise comparativa dos dados do primeiro grupo amostral (Usuários), emerge a seguinte hipótese: as pessoas com comportamento suicida significam o cuidado prestado por profissionais na Rede de Atenção Psicossocial diante o acolhimento, respeito, não julgamentos e disponibilidade para a escuta. No sentido de confirmar essa hipótese, realizou-se contato telefônico e/ou por e-mail com alguns dispositivos e profissionais da RAPS, tendo-se como critérios de inclusão: formação na área de saúde, em nível superior ou técnico; atuação em níveis de assistência e/ou gerencial em, pelo menos, um dos serviços que compõem a RAPS; ter prestado cuidados diretos e/ou indiretos a pessoas com comportamento suicida no âmbito da RAPS.

Com os retornos positivos acerca da participação na pesquisa, foram agendados os encontros para as entrevistas com esses profissionais, na unidade de trabalho de trabalho de cada participante, em espaços adequados, que permitissem a privacidade e a tranquilidade para estabelecer um contato próximo entre a pesquisadora e os entrevistados, com a menor possibilidade de interrupções. Assim sendo, a abertura do diálogo para o segundo grupo amostral partiu da seguinte questão norteadora: Como você percebe o processo de relação e interação no cuidado às pessoas com comportamento suicida no âmbito da RAPS?

O processo analítico, permeado pela Análise Comparativa, foi realizado em três etapas interdependentes e circulares, pelas quais os dados foram conceituados: codificação aberta, codificação axial e integração (STRAUSS; CORBIN, 2015). Na codificação aberta fez-se a primeira análise dos dados brutos originados das entrevistas e observações, através de uma leitura atenta, linha por linha, das palavras, frases, parágrafos e gestos revelados no curso das entrevistas, reduzindo dados e formando códigos preliminares. Alguns dos questionamentos que foram utilizados para examinar cada entrevista foram: O que é isso? O que representa? O que está acontecendo aqui? (PRADO et al., 2008; STRAUSS; CORBIN, 2015).

Os códigos preliminares foram reunidos por similaridades e diferenças para que se formassem os códigos conceituais ou conceitos, representados pela abstração da pesquisadora diante fatos, objetos, ações/interações considerados como relevantes nos dados (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Os códigos conceituais foram desenvolvidos com o objetivo de iniciar a configuração das subcategorias e categorias – codificação axial. Em seguida, as categorias foram reorganizadas por meio das conexões entre elas, de forma a reduzi-las e/ou uni-las em torno

de uma categoria ou ideia central do estudo – o fenômeno. Essa última etapa do processo analítico, denominada integração permitiu a elaboração de um modelo teórico explicativo a partir dos significados emergidos das categorias, subcategorias e suas respectivas inter-relações (CORBIN; STRAUSS, 2015).

Assim, uma vez comparadas, relacionadas e interconectadas, as categorias estabeleceram, de acordo com o Modelo Paradigmático de três componentes da versão atualizada desta vertente: 1. Condição - responde às razões e explicações dadas pelas pessoas sobre por que, quando e como determinado fenômeno acontece, expresso por meio de uma ação; 2. Ação-Interação - correspondem aos significados atribuídos pelas pessoas aos eventos ou situações problemáticas ocorridas em suas vidas, contribuindo para dar significado aos movimentos; 3. Consequência - expressa os desfechos e resultados previstos ou reais que se originaram das ações e interações (CORBIN; STRAUSS, 2015).

No quadro 5 é apresentada a codificação aberta da segunda entrevista realizada no primeiro grupo amostral, os usuários.

Quadro 5: Codificação aberta da entrevista 2 (primeiro grupo amostral/usuários).

Entrevista 2	Códigos Preliminares
<p>Eu me senti desrespeitada pelos profissionais em todos os momentos. Minha mãe disse que quando souberam que tentei suicídio, sentiu logo os julgamentos. Acharam que “se eu quisesse mesmo morrer, teria morrido sem ter que dar trabalho aos outros”. Passaram a sonda de qualquer jeito, sem nenhum cuidado. Senti que estava sendo punida por ter atentado contra a minha própria vida, que estava sendo julgada. [...] não entendem que se alguém tenta suicídio é porque algo muito sério está acontecendo. [...] a falta de informação e os julgamentos dificultam o cuidado, caso contrário, tenho certeza de que meu atendimento teria sido parecido com o que tenho no NEPS, com mais carinho, atenção e, principalmente, cuidado.</p>	<p>Sentindo-se desrespeitada pelos profissionais.</p> <p>Referindo julgamentos relacionados às tentativas de suicídio nos atendimentos de saúde.</p> <p>Inquietando-se com a dúvida e a provocação para o suicídio.</p> <p>Relatando maus tratos no atendimento por causa da tentativa de suicídio.</p> <p>Acreditando que a falta de informação e o estigma dificultam o cuidado por parte dos profissionais.</p> <p>Considerando a existência do cuidado diante o carinho e atenção por parte dos profissionais.</p>

Fonte: Pesquisa de campo, Salvador, 2018.

No quadro 6 é apresentada a elaboração dos conceitos da segunda entrevista realizada no primeiro grupo amostral, os usuários.

Quadro 6: Elaboração dos conceitos da entrevista 2 (primeiro grupo amostral/usuários).

Códigos Preliminares	Conceitos
Sentindo-se desrespeitada pelos profissionais. Relatando maus tratos no atendimento por causa da tentativa de suicídio.	Inquietando-se com o desrespeito e os maus tratos por parte dos profissionais diante a tentativa de suicídio.
Referindo julgamentos relacionados às tentativas de suicídio nos atendimentos de saúde.	Referindo os julgamentos direcionados às tentativas de suicídio.
Inquietando-se com a dúvida e a provocação para o suicídio.	Inquietando-se com o estímulo para o suicídio.
Acreditando que a falta de informação e os julgamentos dificultam o cuidado por parte dos profissionais.	Acreditando que os julgamentos dificultam o cuidado por parte dos profissionais.
Considerando a existência do cuidado diante o carinho e atenção por parte dos profissionais.	Reconhecendo o carinho e atenção como formas de cuidado.

Fonte: Pesquisa de campo, Salvador, 2018.

No quadro 7 é apresentada a elaboração de subcategorias da segunda entrevista realizada no primeiro grupo amostral, os usuários.

Quadro 7: Elaboração de subcategorias da entrevista 2 (primeiro grupo amostral/usuários).

Conceitos	Subcategorias
Inquietando-se com o desrespeito e os maus tratos por parte dos profissionais diante a tentativa de suicídio.	Inquietando-se com a postura ostensiva por parte dos profissionais.
Referindo os julgamentos direcionados às tentativas de suicídio. Acreditando que os julgamentos dificultam o cuidado por parte dos profissionais.	Inquietando-se com o julgamento por parte dos profissionais.
Inquietando-se com o estímulo para o suicídio.	Alertando que a conduta profissional pode incitar o suicídio.
Reconhecendo o carinho e atenção como formas de cuidado.	Reconhecendo o acolhimento por parte dos profissionais no serviço de referência.

Fonte: Pesquisa de campo, Salvador, 2018.

No quadro 8 é apresentada a elaboração das categorias da segunda entrevista realizada no primeiro grupo amostral, os usuários.

Quadro 8: Elaboração das categorias da entrevista 2 (primeiro grupo amostral/usuários).

Subcategorias	Categorias
Inquietando-se com a postura ostensiva por parte dos profissionais. Inquietando-se com o julgamento por parte dos profissionais. Alertando que a conduta profissional pode incitar o suicídio.	Experienciando o não cuidado na Rede de Atenção Psicossocial.
Reconhecendo o acolhimento por parte dos profissionais no serviço de referência.	Experienciando o cuidado na Rede de Atenção Psicossocial.

Fonte: Pesquisa de campo, Salvador, 2018.

Ao final da análise, foram obtidas 3 categorias e 12 subcategorias, conforme Quadro 9.

Quadro 9. Apresentação das categorias e subcategorias relacionadas aos respectivos componentes do modelo paradigmático.

Categorias	Subcategorias
1. Condição: Entendendo os motivos que interferem no cuidado na Rede de Atenção Psicossocial.	Sentindo necessidade de apoio profissional por conta do comportamento suicida. Deparando-se com a precarização do trabalho em saúde. Percebendo o despreparo profissional para o cuidado em sofrimento mental. Percebendo a valorização do usuário por parte do profissional. Defendendo a necessidade da existência de serviços de referência.
2. Ação-Interação: Percebendo e reconhecendo as potencialidades e entraves no processo de cuidado na Rede de Atenção Psicossocial.	Deparando-se com entraves para o atendimento na Rede. Reconhecendo a agilidade no serviço de emergência. Incomodando-se com o fato do atendimento restringir-se à terapêutica medicamentosa. Experienciando o atendimento permeado pela negligência, maus-tratos, julgamentos e incitação ao suicídio. Valorizando o acolhimento e a disponibilidade por parte dos profissionais do serviço de referência.
3. Consequência: Reconhecendo o lugar da Rede de Atenção Psicossocial na fragilização ou fortalecimento da pessoa com comportamento suicida	Sentindo-se mais vulnerável ao comportamento suicida. Sentindo-se mais fortalecida com o cuidado na Rede de Atenção Psicossocial.

Fonte: Pesquisa de campo, Salvador, 2018.

Dos movimentos e ondulações da análise dos dados, permeados pela lente do paradigma da complexidade emergiu a teoria substantiva representada pelo fenômeno do estudo “REVELANDO QUE O CUIDADO PAUTADO NA INTEGRALIDADE E NO ACOLHIMENTO ÀS PESSOAS COM COMPORTAMENTO SUICIDA PERPASSA POR PROFISSIONAIS QUALIFICADOS E SERVIÇOS ESTRUTURADOS NO ÂMBITO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL”.

4.5 Construindo Memorandos e Diagramas

Os memorandos e diagramas são recursos essenciais construídos durante todo o processo de análise dos dados como uma das etapas da teorização. Representam a interação da pesquisa com os dados, mantendo essa consciência no pesquisador. Este segue examinando, fazendo comparações, questionando, criando conceitos que sustentam os significados e sugerindo possibilidade de relações entre os conceitos, mostrando a densidade e a complexidade da teoria (CORBIN; STRAUSS, 2015). Ao todo foram construídos 16 memorandos e 16 diagramas, sendo apresentados a seguir alguns modelos desenvolvidos desde a codificação da primeira entrevista.

Na Figura 2 está representado o Memorando elaborado a partir da segunda entrevista realizada no primeiro grupo amostral/Usuários.

Figura 2 - Memorando 2 elaborado a partir da entrevista 2 do primeiro grupo amostral/Usuários.

Memorando 2

Título: Queixando-se sobre a dificuldade de acesso e atendimento recebido em serviços da RAPS.

Data: Maio/2017

Esta entrevista destacou a dificuldade de acesso aos serviços da RAPS e a forma como se deu o não cuidado no atendimento da emergência. A entrevistada disse que quando se deu conta da falta de controle frente às situações estressantes e dos pensamentos de suicídio, procurou por assistência em um Centro de Atenção Psicossocial - CAPS -, mas recebeu a negativa do atendimento pela coordenação do serviço, pois segundo a avaliação da profissional não se tratava de um caso grave. Pouco tempo depois, a entrevistada tentou suicídio por ingestão de medicamentos e foi admitida na emergência de um hospital público. A entrevistada alega ter ficado quase 24h sem receber o tratamento adequado e sentada em uma cadeira. Diz ainda que os profissionais pareciam não reconhecer o seu sofrimento, adotando, por vezes, posturas de julgamento e/ou até mesmo punitivas.

Fonte: Elaborada pela autora, Salvador, 2018.

Na Figura 3 está representado o Memorando elaborado a partir da sétima entrevista realizada no primeiro grupo amostral/Usuários.

Figura 3 - Memorando 7 elaborado a partir da entrevista 7 do primeiro grupo amostral/Usuários.

Memorando 7

Título: Relatando o despreparo profissional para o reconhecimento do sofrimento mental, medicalização do cuidado e precariedade dos serviços de saúde.

Data: Julho/2017

Os destaques dessa entrevista foram para as dificuldades de reconhecimento do profissional no que diz respeito ao sofrimento mental, à medicalização do cuidado e à falta de condições para atendimento nos serviços públicos. Considerando o sofrimento mental, a entrevistada diz ter sido atendida várias vezes nos serviços de emergência, no qual era apenas medicada e liberada para casa. Chama atenção para os profissionais só atentarem para a resolução de problemas físicos. Em relação à medicalização, diz que foi acompanhada por um longo período em um centro especializado em saúde mental, onde também era apenas medicada e orientada às revisões a cada sessenta dias. Diz que as dificuldades para o cuidado são enfrentadas tanto pelos usuários quanto pelos profissionais, principalmente nos serviços públicos, a exemplo de: elevadas demandas de atendimento, corredores lotados, salários baixos e sobrecarga pelo consequente acúmulo de empregos.

Fonte: Elaborada pela autora, Salvador, 2018.

Na Figura 4 está representado o Memorando 11 elaborado a partir da terceira entrevista realizada no segundo grupo amostral/Profissionais.

Figura 4 - Memorando 11 elaborado a partir da entrevista 3 do segundo grupo amostral/Profissionais.

Memorando 11

Título: Acreditando na necessidade de compreensão acerca do comportamento e criação de centros de referência para o cuidado diante o risco de suicídio.

Data: Outubro/2017

O destaque dessa entrevista foi para a necessidade de compreensão acerca do comportamento suicida por parte de todos os profissionais de saúde, independentemente dos serviços nos quais estejam inseridos. Com isso, os profissionais poderão estar atentos aos riscos e à emergência do cuidado às pessoas que tentam suicídio, a fim de evitar a morte. A entrevistada também alertou sobre a necessidade de o profissional estar disponível para o atendimento diante o risco de suicídio, ainda que seja fora de seu horário de trabalho, por contato telefônico. Isso poderá contribuir para a formação de vínculos nas relações entre profissionais e usuários, bem como para a segurança e qualidade do cuidado prestado. A criação de serviços de referência para o cuidado às pessoas em risco para o suicídio também foi citada como estratégia para a gestão em saúde.

Fonte: Elaborada pela autora, Salvador, 2018.

Na Figura 5 está representado o Memorando 16 elaborado a partir da décima quinta entrevista realizada no segundo grupo amostral/Profissionais.

Figura 5 - Memorando 16 elaborado a partir da entrevista 15 do segundo grupo amostral/Profissionais.

Memorando 16

Título: Relatando acerca das facilidades e dificuldades de atendimento às tentativas de suicídio pelo serviço móvel de urgência

Data: Dezembro/2017

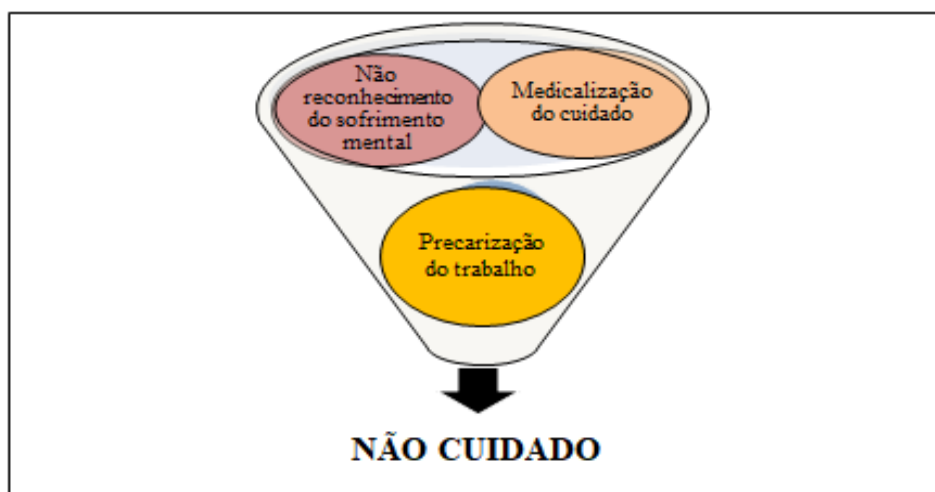
O destaque dessa entrevista está no atendimento dos casos de tentativas de suicídio por serviços pré-hospitalares de urgência. A entrevistada enfatiza a triagem de todos os casos de tentativas de suicídio como urgência, diante o fluxo de assistência dos serviços móveis, exceto quando ressaltados os transtornos psiquiátricos. Nestes casos, ainda que a vítima tenha um alto risco para a violência autoprovocada, poderá ocorrer uma morosidade para o deslocamento das equipes de saúde. Isso ocorre porque para o acionamento das equipes, deverá ser feito antes o contato com a polícia militar, visto que os profissionais podem correr riscos de agressão. Dessa forma, esses casos entram na lista de espera por atendimento, não sendo priorizados em seus chamados.

Fonte: Elaborada pela autora, Salvador, 2018.

A Figura 6 apresenta o Diagrama Memorando 2, sobre os relatos do despreparo profissional para o reconhecimento do sofrimento mental, medicalização do cuidado e precariedade dos serviços de saúde.

Figura 6 - Diagrama Memorando 2: Relatando o despreparo profissional para o reconhecimento do sofrimento mental, medicalização do cuidado e precariedade dos serviços de saúde.

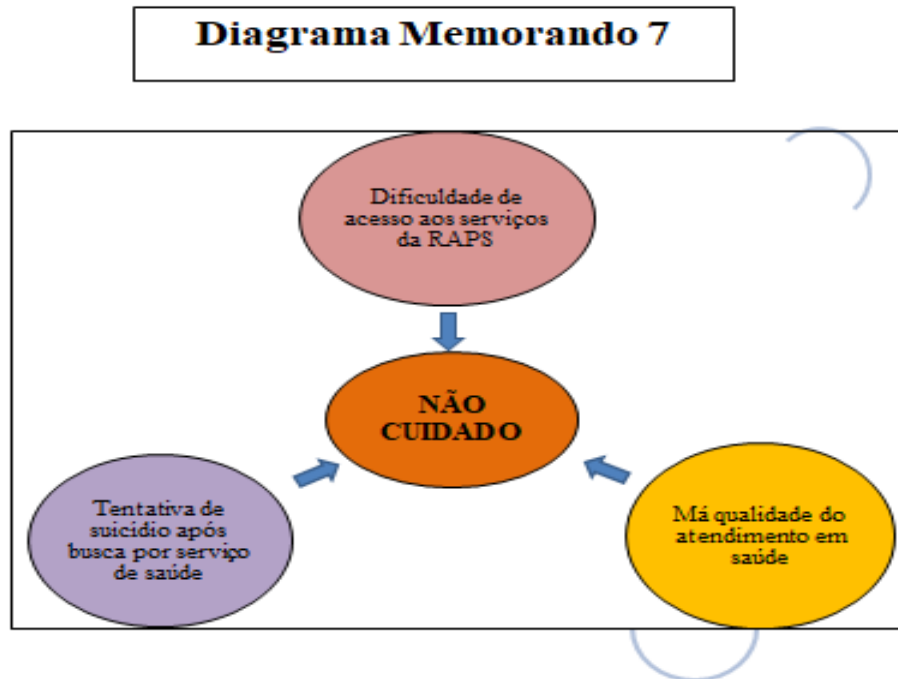
Diagrama Memorando 2



Fonte: Elaborado pela autora, Salvador, 2018.

A Figura 7 apresenta o Diagrama Memorando 7 sobre as queixas e dificuldade de acesso e atendimento recebido em serviços da RAPS.

Figura 7 - Diagrama Memorando 7: Queixando-se sobre a dificuldade de acesso e atendimento recebido em serviços da RAPS.



Fonte: Elaborado pela autora, Salvador, 2018.

Na Figura 8 está apresentado o Diagrama Memorando 11 que representa a necessidade de compreensão, disponibilidade para o cuidado, unidades de emergência e centros de referência para o atendimento de pessoas com comportamento suicida e em risco de suicídio.

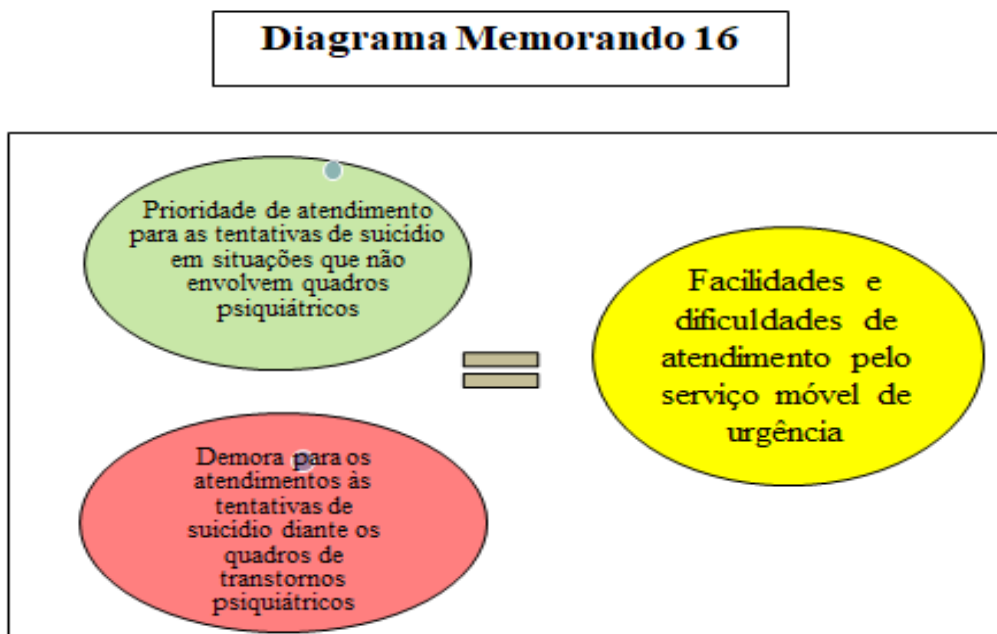
Figura 8 - Diagrama Memorando 11: Acreditando na necessidade de compreensão acerca do comportamento e criação de centros de referência para o cuidado diante o risco de suicídio.



Fonte: Elaborado pela autora, Salvador, 2018.

No Diagrama Memorando 16 (Figura 9) encontra-se relatadas as facilidades e dificuldades de atendimento pelo serviço móvel de urgência nas tentativas de suicídio.

Figura 9 - Diagrama Memorando 16: Relatando acerca das facilidades e dificuldades de atendimento às tentativas de suicídio pelo serviço móvel de urgência.



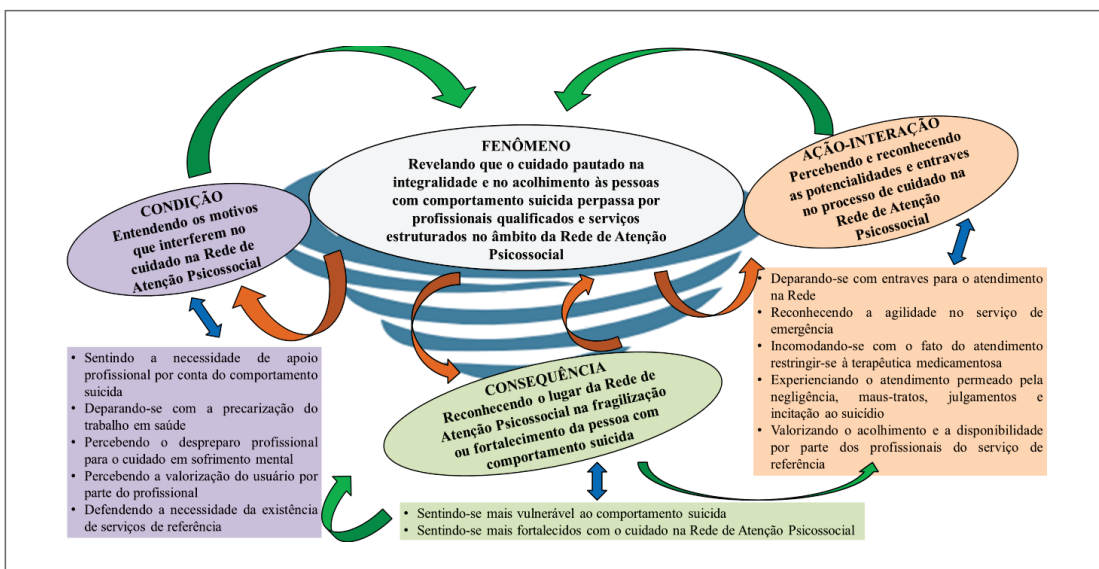
Fonte: Elaborado pela autora, Salvador, 2018.

4.6 Validação do Modelo Teórico

A validação do modelo teórico consiste em estratégia metodológica da *Grounded Theory*, no intuito de verificar a consistência do esquema teórico construído a partir da integração dos componentes que fazem emergir o fenômeno. Nesse momento, foi enviado por e-mail um instrumento de validação (Apêndice A) para quatro pesquisadores com *expertise* na teoria fundamentada nos dados, sendo três professores doutores da Universidade Federal de Santa Catarina e um doutorando da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Para exemplificar, segue o parecer de um dos *experts*: “*Como gestora em saúde – gerente de Planejamento em Saúde da Secretaria de Estado de Santa Catarina, fui responsável por elaborar uma série de planos de saúde e por implementar uma série de políticas públicas, todas relacionadas com Redes de Saúde. Neste sentido, e do ponto de vista da gestão, posso visualizar a complexidade do cuidado, não somente no campo da Atenção Psicossocial, mas em grande parte do cumprimento deste desafio do SUS em cumprir com o princípio da integralidade.*” A imagem do modelo teórico explicativo validado pela *expert* encontra-se na Figura 10.

Figura 10 - Fenômeno: Revelando que o cuidado pautado na integralidade e no acolhimento às pessoas com comportamento suicida perpassa por profissionais qualificados e serviços estruturados no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial.



Fonte: Elaborado pela autora, Salvador, 2018.

4.7 Aspectos Éticos

No sentido de obter autorização para a realização do estudo, o projeto foi encaminhado à Comissão de Ensino e Pesquisa (COEPE) do Centro de Informações Antiveneno da Bahia para apreciação, conforme regimento interno do serviço. Antes, no entanto, o mesmo foi apresentado à Coordenação do NEPS, a fim de que os profissionais de psicologia, psiquiatria e terapia ocupacional, que assistem diretamente às pessoas com risco para o suicídio, tivessem conhecimento da proposta e pudessem opinar sobre sua viabilidade.

O aceite pela COEPE indicou o registro do projeto no Sistema Nacional de Informações sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (SISNEP) e o envio para o Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), respeitando as diretrizes e normas regulamentadoras contidas na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CONEP), sendo aprovado sob o parecer de número 1.813.544, CAAE 61075816.0.0000.5531, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (Anexo A).

No intuito de garantir as questões éticas foram dadas informações, em linguagem clara e objetiva, sobre os objetivos, relevância e operacionalização da pesquisa. Os participantes receberam avisos quanto ao direito de participação voluntária no estudo, bem como o de desistir, em qualquer fase do mesmo, sem prejuízos no seu atendimento. Além disso, foram informados de que poderiam contactar a pesquisadora por telefone e/ou endereço eletrônico (e-mail), em caso de dúvidas e/ou esclarecimentos. O anonimato, a confidencialidade e o bem-estar das pessoas que colaboraram com o estudo foram preservados, garantindo-se para isso, a utilização de nomes fictícios e a realização de entrevistas em local reservado, o que permitiu maior privacidade para falar sobre suas experiências.

Considerou-se como risco, o constrangimento que cada participante poderia sentir ao compartilhar suas vivências, por informações pessoais ou confidenciais. Ainda assim, para casos de desconforto, assegurou-se apoio psicológico e/ou psiquiátrico imediato pelos profissionais que atuam no serviço em que ocorreu a pesquisa. Em relação à beneficência, o estudo buscou, a partir do saber extraído da vivência/experiência dos participantes, promover reflexões que orientaram para uma matriz teórica acerca do cuidado às pessoas com comportamento suicida na Rede de Atenção à Saúde, sendo evidenciada a Rede de Atenção Psicossocial.

Para o registro exato das entrevistas, solicitou-se autorização para gravação das mesmas, sendo assegurado o direito de ouvir o áudio e de retirar e/ou acrescentar informações. O material das gravações, bem como os registros e anotações oriundos dos

processos de observação, indução e dedução da pesquisadora foram publicados nesta tese e enviados para apresentação em congressos nacionais e periódicos indexados para publicação. Ressalta-se que os arquivos contendo as entrevistas será arquivado por cinco anos no banco de dados do Grupo de Estudos Violência, Saúde e Qualidade de Vida (Vid@), devendo ser destruídos após esse período.

Todos esses aspectos éticos encontram-se registrados em Orientações às Participantes/Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice C), assinado após a decisão por participar do estudo.

4.8 Aspectos Subjetivos

Enquanto nos aspectos éticos discorri sobre o que foi externo à pesquisadora, com vistas a assegurar os direitos dos participantes, busco agora, com os aspectos subjetivos, ponderar acerca de minhas inquietações, pensamentos e emoções no desenvolvimento da pesquisa. Para isso, falarei de um lugar que me cabe enquanto pesquisadora, mas também que me toca enquanto pessoa e enfermeira envolvida com o cuidado às pessoas em risco de suicídio.

Iniciando por minhas inquietações, digo-lhes que parte delas surgiu da forma como passei a compreender todo o sofrimento psíquico que permeia o comportamento suicida. Esse saber foi sendo sistematizado durante a minha dissertação de mestrado e consolidado após a minha inserção, enquanto enfermeira, na equipe do NEPS. A partir daí, passei a me sentir parte das histórias de pessoas que, outrora, como pesquisadora, havia entrevistado. A pesquisa me trouxe amadurecimento para apreender e capturar muitos dos significados que as pessoas trazem em suas vivências, mas foi a possibilidade de compartilhar experiências que me proporcionou a empatia para o cuidado diante do sofrimento. E é justamente sobre este sofrimento, manifestado em muitas das minhas emoções, que lhes falo a partir de agora.

Por muitos momentos, no desenvolvimento desta tese, não consegui avançar. Precisei parar, respirar, repensar, retomar a organização de meus pensamentos para então, continuar. Quais as dificuldades de uma escrita e defesa acerca do cuidado às pessoas com comportamento suicida, quando já faço parte de uma equipe responsável pela oferta desse cuidado? Mesmo ainda tendo mais indagações do que respostas posso lhes assegurar que a empatia para o cuidado, ao tempo em que reafirma continuamente sua importância para a profissional e pesquisadora, também, por vezes, me paralisou para esse mesmo cuidado e, sobretudo, para a escrita dele. Afinal, como poderei defender a disponibilidade para o cuidado

se não me coloco neste lugar? O que nos paralisa também pode nos adoecer, mas a não ação após o entorpecimento dos pensamentos pode ser ainda mais enfermo.

Por isso, interrompi a coleta de dados, todas as vezes que fui convocada para o cuidado às pessoas com comportamento suicida. Parei a escrita, parei as férias, parei as tentativas de descanso aos finais de semana e parei a concentração necessária à criação desta tese. Mas, não parei por completo: continuei a estudar, a trabalhar, a ensinar, a aprender e, sobretudo, apreender. E como tudo isso foi difícil! Foi muito difícil! Mas, não foi impossível de se resolver e, muito menos, de prosseguir. Contei com a ajuda e compreensão de muitos: minha orientadora, pós-graduação, minhas coordenações, colegas de trabalho, amigos, familiares e, em especial, daqueles aos quais dedico esta tese e esse cuidado - os usuários do NEPS -, que pela riqueza de suas histórias de vida contribuíram para que a pesquisadora se transformasse em uma profissional mais sensível e com uma individualidade mais fortalecida.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo encontra-se subdividido em quatro tópicos: caracterização dos participantes, artigo 1, artigo 2, artigo 3 e artigo 4. Salienta-se que os artigos estão dispostos de acordo com a normatização da revista submetida, sendo esta informada no início de cada manuscrito.

5.1 Caracterização dos participantes da pesquisa

Os participantes da pesquisa foram divididos em dois grupos amostrais, conforme os preceitos teóricos da *Grounded Theory*. O primeiro grupo amostral foi composto por quinze mulheres e três homens, com faixa etária de 22 a 61 anos, que se identificaram em sua maioria - cerca de 89% - como sendo da cor parda ou preta, com diferentes crenças religiosas, ensino médio e/ou superior completo para 11 desses participantes e autonomia financeira para quase todos, visto que apenas dois declararam não ter renda própria. Ainda no que diz respeito à situação de trabalho, vale ressaltar que dos três participantes que declararam aposentadoria, apenas dois tiveram esse direito garantido por contribuições relacionadas ao tempo de serviço. Os demais participantes na condição de aposentado e/ou com recebimento de benefícios do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) foram assegurados por invalidez e/ou inaptidão para o trabalho em face de incapacitações ocasionadas por transtornos mentais.

O segundo grupo amostral foi composto por quinze profissionais que atuam em serviços da Rede de Atenção Psicossocial: oito enfermeiras, duas terapeutas ocupacionais, dois médicos psiquiatras, uma psicóloga, um assistente social e uma técnica de enfermagem. A faixa etária e o tempo de formação variaram de 31 a 60 anos e de 8 a 35 anos, respectivamente.

5.2 Artigo 1

MOTIVOS INTERVENIENTES PARA O CUIDADO ÀS PESSOAS COM COMPORTAMENTO SUICIDA NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

*Organizado e submetido de acordo com as normas da Revista Texto & Contexto em Enfermagem

RESUMO

Objetivo: Conhecer os motivos atribuídos pelos participantes para o (não) cuidado às pessoas com comportamento suicida no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. **Método:** Pesquisa qualitativa com aporte metodológico da *Grounded Theory* e teórico do Paradigma da Complexidade. A coleta de dados ocorreu entre maio e dezembro de 2017, a partir de entrevista com 33 participantes, divididos em dois grupos amostrais: 18 pessoas em acompanhamento por comportamento suicida e 15 profissionais da Rede. Os dados foram analisados com base no Modelo Paradigmático, composto pelos componentes: Condição, Ação-Interação e Consequência. **Resultados:** Os participantes relataram o adoecimento psíquico, evidenciado por recorrentes pensamentos e/ou tentativas de suicídio, como motivo para a busca de apoio profissional nos espaços da Rede de Atenção Psicossocial. Nesse processo, percebem a precarização do trabalho em saúde e o despreparo profissional enquanto fatores que comprometem o atendimento na atenção psicossocial por meio do paradigma da unidimensionalização. O contrário emerge na valorização do usuário por parte dos profissionais da Rede e a existência de unidades de referência para o comportamento suicida, com a necessária compreensão do paradigma dialógico da complexidade. **Conclusão:** O estudo aponta para necessidade de estruturação de serviços e qualificação profissional para o cuidado às pessoas em risco de suicídio, sobretudo, pautada na valorização do usuário, conforme prática do serviço de referência.

Descritores: Saúde Mental. Comportamento Autodestrutivo. Tentativa de Suicídio. Cuidados de Enfermagem. Política de Saúde.

INTRODUÇÃO

Devido a sua magnitude e complexidade, o suicídio representa um problema de saúde pública mundial com altos índices de morbimortalidade e impactos econômicos. Diante do exposto, urge uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) organizada, com profissionais preparados para acolher as pessoas com comportamento suicida, condição essencial para que estas se sintam cuidadas.

O comportamento suicida consiste em um fenômeno complexo, onde se incluem os pensamentos, os planos, a tentativa de suicídio e o suicídio consumado,¹⁻² sendo os dois últimos tomados como parâmetros de alerta da problemática, sobretudo, diante dos números alarmantes e crescentes. Nos últimos 45 anos, as taxas globais de mortalidade por suicídio

tiveram acréscimo de 60%, com destaque para República da Coreia, Trinidad e Tobago devido aumento elevado nos números de morte autoprovocadas.³

No que tange à morbidade, estudos mostram que existe uma prevalência nas unidades de pronto atendimento enquanto serviços de saúde que mais atendem as pessoas que tentam suicídio, e que, por vezes, é necessária a permanência para internação, a fim de que seja realizada a estabilização e recuperação de possíveis lesões, traumas ou outros problemas advindos da tentativa. A exemplo disso, estudo realizado nos EUA mostra que as tentativas de suicídio registradas geraram hospitalização média de 30 a 365 dias, principalmente nos casos de tentativas repetidas, que correspondem por aproximadamente 17% das internações.⁴ Esse tempo de internação e o primeiro contato com o indivíduo que atentou contra a própria vida e que está em profundo sofrimento, torna as emergências e unidades de pronto socorro, portas de entrada fundamentais e essenciais para a assistência e o cuidado às pessoas com comportamento suicida.⁵⁻²

Somam-se a isso as consequências sobre a produtividade econômica do país. Em estudo realizado entre 2002 e 2013 estimou-se um total de 105.097 hospitalizações, o que gerou aproximadamente um gasto acima de R\$ 35,7 milhões no Sistema Único de Saúde (SUS) para sanar as demandas oriundas das tentativas de suicídio.⁶ Ressalta-se ainda que dessas internações, 62,70% referem-se a pessoas entre 20 e 49 anos, o que corresponde à população em idade produtiva, cujos valores médios relacionados à perda de capital dessa mesma população são alarmantes, visto que as tentativas de suicídio e suicídios custam cerca de R\$163 mil por vítima.⁷

Apesar dos dados preocupantes que envolvem o comportamento suicida, bem como suas consequências nos âmbitos sociais e econômicos do país, estudos mostram a dificuldade por parte dos profissionais da Rede de Atenção Psicossocial em reconhecer o sofrimento mental. Pesquisa realizada em um hospital regional no Brasil mostrou, por meio das falas dos profissionais, que existem lacunas na compreensão sobre o comportamento suicida e como identificá-lo.⁸ O sofrimento psíquico, tão característico em pacientes que tentaram suicídio, também é deixado de lado, e os motivos emocionais e psicológicos que estão envolvidos em todas as tentativas de suicídio, além de não serem reconhecidos, também passam a ser negligenciados pelos profissionais de saúde.⁹

Diante das experiências de não cuidado, evidências internacionais e nacionais apontam para um cenário de maior vulnerabilidade para o suicídio. Estudo internacional de longa escala, realizado pelo Mental Health Research Network, mostrou que 83% dos indivíduos buscaram por atendimento no sistema de saúde pelo menos até um ano antes ao suicídio,

entretanto, não receberam assistência adequada e nenhum tipo de diagnóstico foi documentado.¹⁰ Somando a isso, pesquisa realizada no Brasil revelou fragilidades no sistema de saúde, como poucas opções disponíveis para encaminhamento de pessoas com risco para o suicídio, bem como a dificuldade de absorção de toda a demanda, aumentando a vulnerabilidade para o agravamento do quadro clínico. Contudo, sinaliza-se também que o adequado atendimento aos pacientes que chegam aos serviços de saúde por tentativa de suicídio é determinante para a recuperação e prevenção de que novas tentativas sejam cometidas.¹¹

Com fins em disponibilizar um atendimento respeitoso no campo da atenção psicossocial, é de extrema importância conhecer os motivos atribuídos pelos participantes para o (não) cuidado às pessoas com comportamento suicida no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. Acredita-se que estes representam possíveis desafios ao pensamento que integra o uno e o múltiplo - *unitas multiplex* – aproximando-nos do ideal de complexidade.

MÉTODOS

Pesquisa qualitativa com aporte metodológico da *Grounded Theory* (GT) e teórico do Paradigma da Complexidade. A *Grounded Theory*, conhecida no Brasil como Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), constitui-se em um dos métodos mais utilizados na pesquisa qualitativa em enfermagem, por permitir explicações, a partir das ações de indivíduos e/ou grupos, acerca de questões vivenciadas socialmente.¹² O referencial da Complexidade apresenta-se como possibilidade de melhor compreender tais vivências instituídas socialmente, a partir das interações e retroações entre as pessoas, constituintes de uma realidade plural e complexa.¹³

No intuito de assegurar a privacidade e o bem-estar dos participantes, as entrevistas foram realizadas em local reservado, de escolha do entrevistado e logo após o aceite para participar da pesquisa, com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Respeitaram-se os preceitos éticos da Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Salienta-se que a pesquisa foi iniciada somente após a aprovação do projeto de tese intitulado “Cuidado às pessoas com comportamento suicida na Rede de Atenção Psicossocial: modelo teórico fundamentado na *Grounded Theory*”, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, sob o parecer de número 1.813.544.

Compuseram a amostra 33 participantes, sendo o primeiro grupo amostral composto por 18 pessoas - quinze mulheres e três homens – com comportamento suicida, em

acompanhamento terapêutico no Núcleo de Estudo e Prevenção do Suicídio (NEPS). Este se caracteriza como serviço ambulatorial de referência no atendimento a pessoas com comportamento suicida, vinculado a um Centro de Informação Toxicológica (CIT) sob a gestão da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), em Salvador, Bahia, Brasil.

Os critérios de inclusão para os participantes do primeiro grupo foram: idade igual e/ou maior a 18 anos - em cumprimento à habilitação referente aos atos da vida civil, conforme o Código Civil Brasileiro (Lei Nº 10.406, de 10/01/2002, em vigor desde 13/01/2003); em qualquer período do acompanhamento, consideradas emocionalmente estáveis, após avaliação e indicação de profissionais do NEPS.

A composição do segundo grupo amostral - 15 profissionais das áreas de enfermagem, serviço social, psicologia, psiquiatria e terapia ocupacional, atuantes em diferentes serviços da RAPS (Centros de Atenção Psicossocial, Emergência de Hospital Geral, Núcleo de Estudo e Prevenção do Suicídio, Unidades de Pronto Atendimento, Pronto Atendimento Psiquiátrico e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) foi direcionada pelos participantes da primeira amostragem, quando responderam à seguinte questão norteadora: Como você significa o cuidado que recebeu de profissionais nos serviços que já buscou por conta de pensamentos de suicídio ou tentativa de suicídio?

A análise de dados ocorreu concomitante à coleta, fazendo emergir como hipótese do primeiro grupo amostral: As pessoas com comportamento suicida significam o cuidado prestado por profissionais na Rede de Atenção Psicossocial diante do acolhimento, respeito, não julgamentos e disponibilidade para a escuta. No sentido de confirmar essa hipótese, definiu-se como critérios de inclusão para os participantes da segunda amostragem: ter formação na área de saúde, em nível superior ou técnico; atuar em níveis de assistência e/ou gerencial em, pelo menos, um dos serviços que compõem a RAPS; ter prestado cuidados diretos e/ou indiretos a pessoas com comportamento suicida no âmbito da RAPS. A abertura do diálogo para este grupo partiu da seguinte questão norteadora: Como você percebe o processo de relação e interação no cuidado às pessoas com comportamento suicida no âmbito da RAPS?

Todos esses dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, previamente agendadas por contato telefônico ou e-mail, no período de maio a dezembro de 2017. A saturação teórica foi alcançada a partir da repetição de informações sobre o fenômeno, confirmando a ausência de novos elementos para agregar à análise. Utilizou-se a gravação áudio-digital para os registros das entrevistas, que, posteriormente, foram transcritas na íntegra. Salienta-se que, para garantir o anonimato dos participantes, utilizou-se a letra U

(usuários) seguida de numeral (Ex.: U₁, U₂, U₃) para a identificação do primeiro grupo; e a letra P (profissionais) seguida da representação dos serviços (Ex.: P_{CAPS}, P_{NEPS}, P_{SAMU}) para o segundo grupo.

Vale ressaltar que o processo de análise seguiu as três etapas apresentadas pelo método, em sua vertente *straussiana* atualizada: codificação aberta, axial e integração. Para isso, respaldou-se no Modelo Paradigmático, composto pelos componentes Condição, Ação-Interação e Consequência, cujos agrupamentos dos códigos possibilitaram emergir as categorias e subcategorias,¹⁴ que deram origem ao fenômeno “Revelando que o cuidado pautado na integralidade e no acolhimento às pessoas com comportamento suicida perpassa por profissionais qualificados e serviços estruturados no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial”. Para este recorte, realizou-se o aprofundamento da discussão do componente Condição, que expressa as razões dadas pelos informantes para quando, por que e como ocorre um determinado fenômeno.

RESULTADOS

O componente “condição”, intitulado “Entendendo os motivos que interferem no cuidado na Rede de Atenção Psicossocial”, se expressa por meio de cinco categorias. São elas:

Sentindo a necessidade de apoio profissional por conta do comportamento suicida

Os dados revelam que diante o adoecimento psíquico, independentemente de suas causas, os participantes se deparam com a vontade de desaparecer e/ou não mais querer viver. Os pensamentos ou tentativas suicidas, como forma de saída para esse sofrimento insuportável, desvelam-se enquanto desencadeadores para a busca por atendimento na RAPS, que às vezes se dá de forma solitária.

[...] queria desaparecer para resolver toda a angústia e tristeza de minha vida. [...] queria dormir e não acordar. Eu só pensava no suicídio como forma de me livrar do sofrimento. [...] tomei vários medicamentos e fui sozinha para a emergência (U7).

Eu não tinha vontade de viver. É uma falta de vontade que vem de dentro e que só faz pensar em morrer. Não tinha ânimo para nada; não queria sair de casa; ficava na cama sem conseguir falar. Para não viver mais assim, cortei os pulsos e tomei vários medicamentos. Minha mãe me levou para a emergência e lá fizeram uma lavagem estomacal. A partir daí, comecei um tratamento psiquiátrico e psicológico (U2).

Recebemos muitos casos de tentativas de suicídio por diferentes métodos: queimadura por água quente, automutilação por cortes nos pulsos, intoxicação por medicamentos. [...] quando investigamos os motivos, também nos deparamos com diversas situações, como: violência doméstica pelo cônjuge, conflitos familiares, abuso sexual na infância e adolescência, brigas por relações extraconjugais. [...] Independente do caso, sempre acreditamos que existem motivos para o ato. (P_{PAP}).

A maior parte dos pacientes que recebemos é de mulheres. Elas não falam de imediato sobre a tentativa ou ideação suicida. [...] dizem que estão fragilizadas, deprimidas, ansiosas ou cansadas, e só depois identificamos o comportamento suicida como motivo para a busca de atendimento psiquiátrico. (P_{PAP}).

Deparando-se com a precarização do trabalho em saúde

Os dados revelam a falta de condições para o atendimento em saúde no âmbito da RAPS, como situação que impacta negativamente no cuidado prestado pelos profissionais. Sinalizam para a precarização do trabalho em saúde, expressa nos baixos salários e, com isso, o acúmulo de empregos, além do número insuficiente de recursos humanos visto a elevada demanda de atendimentos. Diante dessa situação, que suscetibiliza usuários e também profissionais ao adoecimento, urge uma gestão mais sensível para a questão do suicídio e que prime pela organização do serviço em prol do cuidado às pessoas com comportamento suicida.

A falta de condições de trabalho também pode causar estresse e interferir negativamente no atendimento por parte dos profissionais. Infelizmente, o que vejo são baixos salários, funcionários com mais de um emprego e serviços desorganizados. [...] muitas vezes, os profissionais atendem de forma muito rápida, porque são muitos atendimentos no dia, principalmente nos serviços públicos. (U7).

Às vezes, a gestão no serviço não ajuda para o cuidado. [...] muitos pacientes ficam nos corredores. Acho que o governo não se importa muito com as pessoas que tentam suicídio. (U18).

As emergências só vivem lotadas. As demandas altas e o número insuficiente de profissionais muitas vezes dificultam que se preste um cuidado mais humanizado, como gostaríamos de fazer. (P_{Emergência}).

Temos poucos CAPS e equipes pequenas para territórios muito grandes. [...] não

temos mais vagas para matrículas de pacientes. Enquanto isso, as pessoas apresentam cada vez mais sofrimentos. Precisamos de mais CAPS para articulações e cuidado na Rede. (P_{CAPS}).

Percebendo o despreparo profissional para o cuidado em sofrimento mental

Os dados remetem que a percepção dos usuários de não terem se sentido cuidados na RAPS justifica-se pela crença no despreparo profissional para lidar com questões que envolvem o sofrimento mental. Esta inaptidão sustenta-se na dificuldade em reconhecer o sofrimento mental, o que perpassa pela visão estereotipada do suicídio como loucura e por sua desvalorização enquanto agravo à saúde. Alerta-se para a importância de uma gestão que valorize o cuidado em saúde mental, preocupando-se com o perfil profissional e sua qualificação para a identificação do sofrimento psíquico e acolhimento respeitoso às pessoas.

Os profissionais não estão preparados para atender o paciente com transtorno mental. Quando o paciente chega com qualquer problema físico, fica mais fácil de tratar porque eles identificam logo. Mas, no caso do transtorno mental, que não aparece em nenhum exame, fica mais difícil para os profissionais enxergarem e acreditarem no que a pessoa está falando. (U7).

Os profissionais não estão preparados para tratar o sofrimento mental. Acham que é frescura, maluquice ou para chamar atenção. (U16).

Os profissionais têm estigma em torno da loucura e não olham para as situações que envolvem o sofrimento mental. O gestor precisa estar atento às necessidades de qualificação da equipe para que o cuidado aconteça da melhor forma possível, mas também precisa ser incisivo e advertir o profissional, incluindo a orientação quanto às implicações éticas, sempre que necessário. Muitas pessoas vão trabalhar em saúde mental, porque foram aprovadas em um concurso de 20h, mas não têm o menor compromisso ético com o trabalho. (P_{CAPS}).

Os profissionais, principalmente nos serviços de urgência, não entendem que existe um sofrimento no ato suicida. [...] acham que a tentativa de suicídio é por frescura e que a pessoa só quer chamar atenção. É necessário que o gestor faça um trabalho de sensibilização com os profissionais envolvidos no cuidado, além de estar atento aos que não têm perfil para o trabalho em saúde mental e estão no serviço apenas porque passaram no concurso. Nem

sempre é fácil lidar com todas essas questões, mas temos discutido muito sobre esses processos na Comissão de Educação Permanente do município. (P_{CAPS})

Percebendo a valorização do usuário por parte do profissional

Os dados sinalizam que o sentimento de cuidado experienciado pelos usuários se justifica pela compreensão, respeito e valorização do profissional no que tange às histórias e projetos de vida de cada um. Essa preocupação com o outro remete ao cuidado que vai além da técnica, perpassando por uma escuta atenta e sem julgamentos.

O cuidado exige um olhar mais sensível para o sofrimento do outro. Precisa ter respeito pelas histórias de cada pessoa, independente do diagnóstico. (U6).

É muito importante quando o profissional mostra que se importa, que se preocupa. [...] faz a pessoa pensar que tem valor. (U8).

É preciso dar atenção ao outro, falar sobre projetos de vida. Olhar somente para a técnica pode engessar o cuidado. (P_{CAPS}).

Interações como acolher sem julgamentos e ouvir a pessoa que acompanhamos no processo de dor são fundamentais para o cuidado. (P_{NEPS}).

Defendendo a necessidade da existência de serviços de referência

Os dados remetem a importância de serviços especializados como referência de cuidado às pessoas em sofrimento mental e em risco para o suicídio. Isso porque com a existência de instituições com expertise para esse cuidado, a priori estariam mais disponíveis profissionais melhor qualificados, não só para o acolhimento a pessoas com comportamento suicida como também para capacitar outros serviços da RAPS.

Acho que serviços como o Centro de Valorização da Vida e o NEPS, que acolhem e orientam pessoas em sofrimento mental e risco de suicídio deveriam existir em todos os estados. [...] os profissionais demonstram interesse por nossas histórias, ouvem sem nos julgar e acreditam no que estamos falando. [...] mais serviços como esses, ajudaria muita gente a não tirar a própria vida. (U12).

Comecei a me sentir cuidada quando passei a ser atendida no serviço especializado no comportamento suicida. Os profissionais se importam com a gente, nos chamam pelo

nome, ligam para saber quando não vamos às consultas e não nos julgam. Esse olhar terapêutico é muito importante e essencial para o cuidado. [...] eu creio que se tivessem outras instituições especializadas no comportamento suicida, com a preocupação de oferecer um cuidado físico e emocional, poderia fortalecer as pessoas para a vida. (U1).

É necessário criar serviços e articular equipes que atendam de forma especializada, com profissionais capacitados para entender as demandas dos indivíduos. Profissionais especializados, tratando de forma diferenciada, com mais cuidado e atenção, com certeza poderão oferecer um tratamento que poderá melhorar a vida das pessoas. (P_{SAMU}).

Se existissem mais centros de referência ou locais especializados para o atendimento das pessoas que tentam suicídio, teríamos um cuidado mais qualificado. [...] é muito importante ter profissionais preparados para acolher e tratar os motivos que levam ao comportamento suicida. (P_{UPA}).

DISCUSSÃO

Os dados apontam o comportamento suicida, em seu caráter paradoxal de existência e morte, de ordem e desordem, como motivo para a busca de atendimento nos serviços da RAPS. Tal comportamento, incitado pelo ‘desejo’ de sair de uma dor insuportável, ainda que com a possibilidade de romper com a própria vida² revela-se por meio de recorrentes tentativas de suicídio para a maioria dos participantes do estudo, mostrando-nos que o elo entre vida e morte é tão estreito e profundo que transcende a lógica mecânica que aplicamos a todas as coisas, postulando assim, uma lógica da complexidade.

Considerando as tentativas de suicídio eventos-ápice para o comparecimento nos serviços de saúde, as emergências e unidades de pronto atendimento configuram-se porta de entrada, uma vez que a maioria das pessoas que atenta contra a própria vida chega a esses serviços antes de um desfecho fatal.¹⁵⁻¹⁶ Tem-se aí, no contexto do paradigma da complexidade, novas relações entre o sujeito e o objeto, representados por quem tentou suicídio e o âmbito da atenção psicossocial, respectivamente. Isso se dá por causa da necessidade imediata de condutas de descontaminação e estabilização, a exemplo das tentativas de suicídio por intoxicação, como é o caso dos participantes, visto que o estudo tem como cenário um serviço ambulatorial vinculado a um Centro de Informações Toxicológicas.

Com base no estudo, seja nas unidades de emergência ou em outras instituições que integram a RAPS, os profissionais lidam com a precarização do trabalho, entendida pelos

participantes como condição interveniente para a qualidade do cuidado em saúde mental. Assim, as altas demandas de atendimento, o quantitativo insuficiente de profissionais, os baixos salários e as emergências com corredores lotados indicam a ineficácia de recursos humanos e estruturais no âmbito da atenção psicossocial, comprometendo assim, o cuidado às pessoas com comportamento suicida, uma vez que sujeito e objeto são indissociáveis diante de um paradigma que comporta o princípio dialógico para o *complexus*. Corroborando, pesquisas apontam para um processo crescente de diferentes precarizações acerca da gestão do trabalho no SUS: fragilidades dos vínculos empregatícios, abarrotamento dos espaços laborais diante das necessidades da população, falta de recursos humanos e materiais.¹⁷⁻¹⁸

Esses resultados lembram que a precarização do trabalho em saúde, mesmo com o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS (DesprecarizaSUS)¹⁹ ainda persiste como um dos problemas mais importantes a serem equacionados na organização da gestão dos serviços de saúde no âmbito do SUS.²⁰ Nesse sentido, a precarização do trabalho em saúde, além de não reconhecer o trabalhador como protagonista das práticas e políticas, pode corroborar para o desgaste profissional, impactar na inoperância de uma assistência humanizada²¹ e, quiçá, agravar as condições de adoecimento das pessoas com comportamento suicida.

Para além das questões laborais, ressalta-se que as ações de não cuidado justificam-se, de acordo com os dados, pelo despreparo profissional no reconhecimento do sofrimento mental. Nesse contexto, os participantes consideram como empecilho para o cuidado a lógica biologizante e fragmentadora do modelo biomédico, através do qual ainda se ancoram conceitos na formação em saúde que legitimam a doença diante da existência de sintomas físicos diagnosticáveis por exames.²²

Sob o olhar do paradigma da complexidade, o ser humano não deve ser compreendido como um ser unicamente biológico, uma vez que é considerado, em sua excelência, como singular e multidimensional. Nesse contexto, ainda que a condição biológica seja importante, é preciso entender que o cuidado transcende os aspectos biológicos, perpassando pelo âmbito psíquico, espiritual, sociológico, histórico e/ou até mesmo físico.¹³

Desse modo, embora existam profissionais com uma visão ampliada, que permite a compreensão da saúde além da condição biológica,²³ ainda é possível, em decorrência da formação tecnicista, que o adoecimento conferido pelo sofrimento mental, tal como ocorre às pessoas em risco de suicídio, seja reconhecido, muitas vezes, por estereótipos que remetem à condição da loucura e/ou formas depreciativas de chamar atenção.

Essas condições criam rótulos de incredulidade em torno do sofrimento psíquico e

estigmatizam incisivamente pessoas com transtorno mental e/ou em risco de suicídio,²⁴ apontando para o determinismo que desconhece a indissociabilidade entre objeto e sujeito, sendo este excluído do mundo real e transformado em ruído e erro diante do objeto. Com isso, sinaliza-se para a necessidade de transformação do cuidado em saúde mental a partir da valorização dos sujeitos e não de suas “doenças”. Assim, sai de cena o modelo biomédico para o alcance de práticas que contemplem os aspectos biológicos, psíquicos e sociais, com base em ações multiprofissionais de promoção da saúde.²⁵

Contudo, os dados alertam para a falta de perfil que muitos profissionais têm para o trabalho em saúde mental, considerando o não cuidado evidenciado em muitos serviços que compuseram a atenção psicossocial. Estudos apontam que o não perfil para atuação em saúde mental deve-se, muitas vezes, à pouca ou nenhuma experiência dos profissionais para lidar com os transtornos mentais, considerando-se, inclusive, o fato de que muitos se inserem em serviços da RAPS pela falta de opção de trabalho em outras áreas da atenção em saúde.²⁵⁻²⁶ Resgatando-se a complexidade, vale ressaltar que a ausência de perfil profissional também pode guardar relação com a dificuldade de se compreender a ambiguidade e ordem/desordem nas relações sujeito-objeto. Nesse sentido, para abrir a porta lógica da complexidade, seria necessário reconhecer a mistura íntima de ordem/desordem, de incertezas, indeterminações e acasos que sempre estão em contato com o *complexus*.

Ainda no que tange aos perfis para o cuidado na atenção psicossocial, os dados revelam a necessidade de discussões no âmbito da gestão e das Comissões de Educação Permanente para investimentos na qualificação de profissionais. Neste sentido, compreende-se como desafios à complexidade o gerenciamento dos recursos humanos e de profissionais sem perfil para a área, bem como a organização dos serviços de acordo com as necessidades dos usuários.²⁷ Além disso, ressalta-se a potência dos processos de formação permanente no fomento à autonomia e participação dos profissionais na construção de espaços de aprendizagem, contribuindo para a qualidade dos serviços.²⁸⁻²²

A este respeito, os dados sugerem que a qualidade da assistência ocorre quando os profissionais, independente da categoria e/ou serviço de saúde, atendem as pessoas que tentam suicídio com acolhimento, compreensão e respeito às suas histórias, contribuindo para a noção integrada entre sujeito e objeto e tecendo a abertura para o conhecimento complexo. Estudo realizado no Sul do Brasil com profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial mostra a ocorrência de práticas de cuidado às pessoas em risco de suicídio mediante o acolhimento, escuta e valorização das singularidades de cada sujeito, como forma de capturar os aspectos emocionais e motivacionais para o ato suicida.²⁹ Nesses casos, o reconhecimento

do comportamento suicida como ato-dor, manifesta-se também por condutas profissionais isentas de julgamento e com o entendimento do cuidado que vai além da técnica, enxergando sujeito e objeto a partir de uma lógica reflexiva que os considera como constitutivos um do outro. Esses elementos colaboram para a efetivação de um processo de cuidado que se inicia com a escuta no acolhimento, perpassa a importância da administração medicamentosa e outros procedimentos técnicos, até o alcance e consolidação de vínculos de empatia e confiança entre profissionais e usuários.³⁰⁻³¹

Na perspectiva dos serviços especializados, os dados sinalizam a necessidade de criação de centros de referência para o atendimento às pessoas com comportamento suicida. Tais centros retomam, a partir das falas dos participantes, as ações de cuidado evidenciadas anteriormente nas práticas de alguns profissionais da Rede, desvelando-se como *lócus* de uma assistência humanizada, sem ajuizamentos em torno do intento suicida, com profissionais qualificados e preparados para ofertar o cuidado independente de adoecimentos físicos ou mentais, conduzindo a uma visão unificadora e harmoniosa inerente ao sistema auto-eco-organizador na relação sujeito-objeto. Desta forma, mesmo com as recomendações da Política Nacional de Saúde Mental acerca da efetivação do modelo de Redes de Atenção Psicossocial e a garantia de assistência especializada aos usuários de saúde mental,³² ainda existem vários entraves para a realização de uma atenção eficiente e eficaz, como a falta de serviços especializados e/ou qualificados para o cuidado na atenção psicossocial.³³⁻³⁴ Importante salientar que o NEPS, espaço mencionado pelas entrevistadas, consiste no único serviço público do país especializado no atendimento às pessoas com comportamento suicida.

No contexto do cuidado diante às pessoas em risco para o suicídio, tem-se como agravante a inexistência de uma Política Nacional de Prevenção do Suicídio. No Brasil, as Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio (Portaria Nº 1.876) foram promulgadas em 2006 com o objetivo de reduzir os danos associados aos comportamentos suicidas em toda a sociedade. Por conseguinte, em 2009 e 2013, respectivamente, as Estratégias Nacionais para Prevenção do Suicídio e o Plano Nacional para Prevenção do Suicídio (PNPS), 2013-2017, com vistas a implementar medidas de prevenção e proteção na identificação de qualquer indício de comportamento suicida.³⁵ Tais estratégias e plano nacional foram relevantes para a abertura do diálogo e direcionamento de ações para o conjunto de ocorrências acidentais e violentas que matam ou geram agravos à saúde, mas infelizmente ainda não foram suficientes para a elaboração de políticas públicas de prevenção do suicídio em seus diferentes contextos.

CONCLUSÕES

O estudo sinaliza que o adoecimento psíquico, evidenciado por recorrentes pensamentos e/ou tentativas de suicídio, mobiliza as pessoas à busca por apoio profissional nos serviços da RAPS. Daí a importância de que estes estejam estruturados e com profissionais devidamente qualificados para a complexidade dos sujeitos e de suas relações com o objeto, no âmbito da atenção psicossocial.

Inseridos na conjuntura da RAPS, os participantes percebem, enquanto fatores que comprometem a assistência, a precarização do trabalho em saúde, expressa através da insuficiência de recursos estruturais e humanos, dos baixos salários e da superlotação por altas demandas de atendimento. Estas situações corroboram para o desgaste dos profissionais e imprimem obstáculos para o cuidado, visto que o sujeito, entendido como a pessoa com comportamento suicida, não existe sem as relações com o objeto, representado neste estudo pelo meio precário e desorganizado dos serviços de saúde.

Somada às condições precárias para o trabalho em saúde, os participantes remetem ainda ao despreparo profissional, ao referirem sobre condutas que se limitam à técnica, resultando em uma compreensão estigmatizante e simplificadora em torno do comportamento suicida. Tal realidade suscita referências à loucura e expressões pejorativas sobre o chamar atenção, sobretudo, nos casos de tentativas de suicídio.

Ao tempo que apontam razões para o não cuidado, os participantes reconhecem a valorização do usuário por parte dos profissionais da Rede. Ao perceberem cuidado profissional permeado pelo acolhimento, compreensão e respeito às histórias dos usuários, estes expressam a saliência das condutas profissionais sem julgamento e que transcendam a técnica, alcançando assim, o entendimento acerca do sofrimento de se atentar contra a própria vida.

Em consonância com o cuidado, os participantes sinalizaram a necessidade de mais unidades de saúde especializadas na assistência às pessoas em sofrimento mental e comportamento suicida, haja vista a existência de apenas um serviço público de referência no atendimento às pessoas em risco de suicídio em todo o país. Nessa perspectiva, faz-se necessária a compreensão acerca da importância de profissionais qualificados e serviços melhor estruturados para a atenção psicossocial, como desafios à complexidade na atenção psicossocial.

Embora revele fatores que interferem no cuidado às pessoas com comportamento suicida na RAPS da terceira maior capital brasileira, o estudo limita-se por não ser representativa de todos os serviços que compõem a RAPS e também pela extensão da

pesquisa, sem comparações com dispositivos da Rede em outros municípios e unidades federativas. Entretanto, disponibiliza subsídios para o direcionamento de ações estratégicas que assegurem o cuidado às pessoas com comportamento suicida e quiçá um plano nacional de prevenção do suicídio.

REFERÊNCIAS

1. Associação Brasileira de Psiquiatria. Suicídio: informando para prevenir. Associação brasileira de psiquiatria, comissão de estudos e prevenção de suicídio. Brasília: CFM/ABP, 2014.
2. Bahia CA, Avanci JQ, Pinto LW, Minayo MCS. Lesão autoprovocada em todos os ciclos da vida: perfil das vítimas em serviços de urgência e emergência de capitais do Brasil. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2017 Sep [cited 2018 May 3]; 22(9):2841–50. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002902841&lng=pt&tlng=pt
3. World Health Organization [who.int/healthinfo/statistics/mortality]. Mortality database. 2014 [cited 2018 Mar 09]. Available from: http://www.who.int/healthinfo/statistics/mortality_rawdata/en/
4. Maillart AG, Schwab S, Soravia L, Megert M, Michel K. A Novel Brief Therapy for Patients Who Attempt Suicide: A 24-months Follow-Up Randomized Controlled Study of the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP). *PLOS Med* [Internet]. 2016 Mar [cited 2018 May 1]; 13(3):e1001968. Available from: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pmed.1001968>
5. Dória AR, Faro A. Estigma em pacientes admitidos em urgência/emergência por tentativa de suicídio: análise de estudantes e profissionais da saúde a partir de casos hipotéticos. *Salud & Sociedad* [Internet]. 2017 [cited 2018 May 5]; 8(3):200-15. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=439754607001>
6. Pagotto V, Silveira EA, Velasco WD. Perfil das hospitalizações e fatores associados em idosos usuários do SUS. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2013 oct [cited apr 6]; 18(10). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001000031
7. Monteiro RA, Bahia CA, Paiva EA, Sá NNB, Minayo MCS. Hospitalizações relacionadas a lesões autoprovocadas intencionalmente - Brasil, 2002 a 2013. *Ciênc. Saúde coletiva* [Internet]. 2015 [cited 2018 Jan 27]; 20(3) 1413-8123. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000300689&script=sci_arttext&tlng=pt
8. Costa RA, Badaró MMI. Formação interprofissional em saúde e o acolhimento a situações limites: compreensão do fenômeno do suicídio. *Mental* [Internet]. 2017 [cited 2018 Mar 20]; 11(21):378-95. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272017000200006&lng=pt&nrm=iso

9. Santos EGO, Azevedo AKS, Silva GWS, Barbosa IR, Medeiros RR, Valença CN. The look of emergency nurse at the patient who attempted suicide : an exploratory study [Internet]. Online Braz J Nurs [internet] 2017 Mar [cited 2018 Mar 25]; 16(1):6-16. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361453990002>

10. Ahmedani BK, Simon GE, Stewart C, Beck A, Waitzfelder BE, Rossom R, et al. Health care contacts in the year before suicide death. J Gen Intern Med [Internet]. 2014 Jun [cited 2018 May 5]; 29(6):870–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24567199>

11. Freitas APA, Borges LM. Do acolhimento ao encaminhamento: O atendimento às tentativas de suicídio nos contextos hospitalares. Estud Psicol [Internet]. 2017 [cited 2018 May 4]; 22(1):50–60. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2017000100006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

12. Santos JLG, Cunha K, Adamy EK, Backes MTS, Leite JL, Sousa FGM, et al. Análise de dados: comparação entre as diferentes perspectivas metodológicas da Teoria Fundamentada nos Dados. Rev da Esc Enferm da USP [Internet]. 2018 Apr [cited 2018 May 4]; 52(0). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342018000100600&lng=pt&tlng=pt

13. Morin E. Introdução ao pensamento complexo. 5ª ed. Porto Alegre (RS): Editora Sulina; 2015.

14. Corbin J, Strauss A. Basics of Qualitative Research. Thousand Oaks, CA: Sage, 2015.

15. Gonçalves PIE, Silva RA, Ferreira LA. Comportamento suicida: percepções e práticas de cuidado? Psicol Hosp [Internet]. 2015 [cited 2018 May 4]; 13(2):64–87. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092015000200005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

16. Zatti C, Azevedo MAO, Soibelman M, Souza SMA, Calegari VC, Freitas LHM. A prevalência de transtornos mentais nas tentativas de suicídio. Diaphora [Internet]. 2015 [cited 2018 May 5]; 15(2):13-17. Available from: <http://www.sprgs.org.br/diaphora/ojs/index.php/diaphora/article/view/104/103>

17. Ribeiro AC, Souza JF, Silva JL. A precarização do trabalho no sus na perspectiva da enfermagem hospitalar. Cogitare Enferm [Internet]. 2014 Sep [cited 2018 May 5]; 19(3). Available from: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/33034>

18. Farias KKR, Bezerra WC. Condições institucionais e estratégias de enfrentamento da precarização do trabalho por terapeutas ocupacionais em hospitais públicos. Cad. Ter. Ocup [Internet]. 2016 [cited 2018 Feb 5]; 24(2):235-46. Available from: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1108/709>

19. Ministério da Saúde (BR). Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: DesprecarizaSUS: Perguntas e Respostas: Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS [Internet]. 2006 [cited 2018 Mar 5]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desprec_cart.pdf

20. Eberhardt LD, Carvalho M, Murofuse NT. Vínculos de trabalho no setor saúde: o cenário da precarização na macrorregião Oeste do Paraná. *Saúde Debate* [Internet]. 2015 Mar [cited 2018 May 5]; 104(39)18-29 p. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00018.pdf>
21. Melo CMM, Carvalho CA, Silva LA, Leal JAL, Santos TA, Santos HS. Força de trabalho da enfermeira em serviços estaduais com gestão direta: Revelando a precarização. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2016 [cited 2018 May 15]; 20(3). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141481452016000300211&script=sci_abstract&tlng=p
22. Abrahão AL, Azevedo FFM, Gomes MPC. A produção do conhecimento em Saúde Mental e o Processo de Trabalho no Centro de atenção psicossocial. *Trab Educ Saúde* [Internet]. 2017 Apr [cited 2018 Apr 25]; 15(1)55-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S198177462017000100055&script=sci_abstract&tlng=p
23. Tonin CF, Barbosa TM. A interface entre Saúde Mental e Vulnerabilidade Social. *Tempus, Acta de Saúde Colet* [Internet]. 2018 Mar [cited 2018 May 5]; 11(3)50-68. Available from: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2281>
24. Azizpour M, Taghizadeh Z, Mohammadi N, Vedadhir A. Fear of stigma: The lived experiences of Iranian women after suicide attempt. *Perspectives in care* [Internet]. 2017 [cited 2018 May 2]; 54(2)293-99. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29165826>
25. Borges CAS, Vasconcelos CR, Oselame GB, Dutra DA. O novo perfil profissional do enfermeiro frente ao centro de atenção psicossocial. *Rev Med Saude* [Internet]. 2016 [cited 2018 May 3]; 5(2)217-233. Available from: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr/article/viewFile/7162/4566>
26. Almeida AS, Furegato ARF. Papéis e perfil dos profissionais que atuam nos serviços de saúde mental. *Rev Enferm Atenção Saúde* [Internet]. 2015 Jun [cited 2018 May 5]; 4(1)79-88. Available from: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1265>
27. Eslabão AD, Coimbra VCC, Kantorski LP, Pinho LB, Santos EO. Rede de cuidado em saúde mental: visão dos coordenadores da estratégia saúde da família. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2017 Mar [cited 2018 Jan 15]; 38(1). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472017000100418&script=sci_abstract
28. Silva DLS, Knobloch F. A equipe enquanto lugar de formação: A educação permanente em um centro de atenção psicossocial álcool e outras drogas [Internet]. *Comunicação, Saúde, Educação*. 2016 [cited 2018 May 5]; 20(57)325-35. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141432832016000200325&script=sci_abstract&tlng=p
29. Müller SA, Pereira G, Zanon RB. Estratégias de prevenção e pósvenção do suicídio: Estudo com profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. *Revista de Psicologia da IMED* [Internet]. 2017 Dec [cited 2018 May 4]; 9(2)6-23. Available from: <https://seer.imed.edu.br/index.php/revistapsico/article/view/1686/1510>

30. Maia RS, Rocha MMO, Araújo TCS, Maia EMC. Comportamento suicida: reflexões para profissionais de saúde. *Rev. Bras. Psicoter* [Internet]. 2017 [cited 2018 May 5]; 19(3)33-42. Available from: http://rbp.celg.org.br/detalhe_artigo.asp?id=234
31. Oliveira GC, Schneider JF, Santos VBD, Pinho LB, Piloti DFW, Lavall E. Cuidados de enfermagem a pacientes com risco de suicídio. *Cienc Cuid Saude* [Internet]. 2017 Jun [cited 2018 May 5]; 16(2). Available from: <http://ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/37182>
32. Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial. Relatório de Gestão 2011-2015. Ministério da Saúde: Brasília [Internet]. 2016 May [cited 2018 May 3]; 143. Available from: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/27/Relat--rio-Gest--o-2011-2015--.pdf>
33. Barbosa VFB, Cavalcanti A, Alcântara MCA, Pedroza RM, Ferreira SHV. O papel da atenção primária de saúde na constituição das redes de cuidado em saúde mental. *Rev Fund Care Online*. [Internet]. 2017 Sep [cited 2018 Apr 28]; 9(3)659-668. Available from: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5523>
34. Correia CM, Gomes NP, Couto TM, Rodrigues AD, Erdmann AL, Diniz NMF. representações sobre o suicídio para mulheres com história de violência doméstica e tentativa do mesmo. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2014 Jan [cited 2018 May 4]; 23(1)118-25. Available from: <https://repositorio.observatoriodocuidado.org/bitstream/handle/114/2/tce.S0104-07072014000100118.pdf>
35. World Health Organization. Mental health action plan 2013-2020 [Internet]. 2013 [cited 2018 May 5]. Available from: <http://goo.gl/J6jNhh>

5.3 Artigo 2

POTENCIALIDADES E ENTRAVES NO CUIDADO ÀS PESSOAS COM COMPORTAMENTO SUICIDA: ESTUDO EM *GROUNDED THEORY*

*Artigo em processo de organização de normas para submissão

RESUMO

Objetivo: Aprender as potencialidades e entraves para o cuidado às pessoas em risco de suicídio expressas nas ações-interações no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. **Método:** Pesquisa qualitativa ancorada na *Grounded Theory* e no referencial teórico da Complexidade. Os dados foram coletados de maio a dezembro de 2017, por meio de entrevistas com 33 participantes (15 profissionais da Rede e 18 pessoas com comportamento suicida) e sistematizados com base no Modelo Paradigmático. **Resultados:** Os dados revelam obstáculos que vão desde o acesso aos serviços da Rede à assistência restrita à medicalização e permeada pela negligência, julgamentos e incitação ao suicídio. Apesar de reconhecerem a agilidade no atendimento de urgência, sinaliza-se para iminência do risco de morte, e não necessariamente para a compreensão do comportamento suicida. Valorizam a existência de espaço implicado com o processo do cuidado, com profissionais acolhedores, disponíveis e interessados nas histórias de vida a partir de uma atitude dialógica. **Conclusão:** Ao apontar o *complexus* que envolve as experiências de pessoas com comportamento suicida no processo de ação-interação na Rede, o estudo sinaliza para a necessidade de uma gestão que considere a ordem-desordem no processo de organização dos serviços e valorização das singularidades e autonomia humana.

Descritores: Tentativa de Suicídio; Comportamento Autodestrutivo; Acolhimento; Cuidados de Enfermagem; Saúde mental; Sistemas de Apoio Psicossocial.

INTRODUÇÃO

Os altos índices de suicídio e tentativas de suicídio no Brasil e no mundo fazem do comportamento suicida uma séria questão de saúde pública. A redução destas taxas, e conseqüentemente de seus impactos, perpassa pela experiência das pessoas no processo de ação e interação no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Compreendido enquanto um ato dor, o comportamento suicida engloba ideias e/ou pensamentos recorrentes de morte (ideação suicida), planejamentos acerca da própria morte - incluindo-se a busca por métodos letais -, tentativas de suicídio, suicídio e providências pós-morte, a exemplo das cartas de despedida¹⁻².

Atualmente, no ranking de países com mais casos de morte por suicídio, encontra-se pelo menos um país de cada continente do mundo, sendo que esses números aparecem com proporções maiores a cada ano. A exemplo disso, a pesquisa populacional realizada com as taxas de suicídio no Japão e na Coreia do Sul entre 1985 e 2010 mostrou que os dois países

tiveram números elevados de mortes autoprovocadas³. Esses também estão elevando-se a nível nacional, conforme assinala estudo que investigou a tendência da mortalidade no período de 2000 a 2012 e revelou maior crescimento percentual na taxa de suicídio no Nordeste (72,4%), seguida do Norte (37,2%) e do Sudeste (34,8%)⁴.

Assim como o suicídio, as tentativas de suicídio também vêm aumentando consideravelmente, com sérias implicações sobre a produtividade econômica. Importante salientar que as notificações de lesões autoprovocadas tornaram-se obrigatórias a partir de 2011, evento que pode justificar o fato do aumento nos registros. Entre 2011 e 2016, foram notificadas 176.226 lesões autoprovocadas, das quais 27,4% (n = 48.204) foram por tentativas de suicídio⁵.

Entendendo o impacto do comportamento suicida para os serviços de saúde reflete-se acerca da multiplicidade de fatores que tecem a complexidade do fenômeno e remete-nos à discussão sobre as fragilidades no processo dinâmico do cuidado às pessoas com ideação suicida e/ou que tentaram suicídio, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. Estudos mostram que o não cuidado, especialmente após a tentativa de suicídio, é algo imensamente marcante e, muitas vezes, pode desencadear inúmeras repercussões, a exemplo da auto exclusão do convívio com outros, rotulação e sensação de despersonalização do indivíduo, bem como falta de estímulo em busca de atendimento nos serviços de saúde e o agravamento do comportamento suicida⁶.

Considerando a complexidade do processo de ação e interação entre pessoas em risco para o suicídio e profissionais no âmbito da RAPS, delinea-se como objetivo deste estudo: Apreender as potencialidades e entraves para o cuidado às pessoas em risco de suicídio expressas nas ações-interações no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial.

MÉTODOS

Estudo qualitativo, baseado no referencial teórico do Paradigma da Complexidade e metodologicamente da *Grounded Theory* (GT) ou Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). O referencial da Complexidade considera as interações entre as pessoas como um intenso emaranhado de interretroações constituintes de uma realidade plural e complexa⁷, colaborando assim, para a compreensão dos fenômenos sociais a partir dos significados emergidos com o processo concomitante de coleta e análise de dados da *Grounded Theory*⁸.

O desenvolvimento da pesquisa iniciou-se após a aprovação do projeto de tese intitulado “Cuidado às pessoas com comportamento suicida na Rede de Atenção Psicossocial: modelo teórico fundamentado na *Grounded Theory*”, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da

Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, sob o parecer de número 1.813.544. Com isso, os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, previamente agendadas por contato telefônico ou *e-mail*, no período de maio a dezembro de 2017. Para garantir a privacidade e o bem-estar dos participantes, as entrevistas foram realizadas em local reservado, de escolha do entrevistado e logo após o aceite para participar da pesquisa, com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Utilizou-se a gravação áudio-digital para os registros das entrevistas que, posteriormente, foram transcritas na íntegra para o processo de sistematização. Respeitaram-se os preceitos éticos da Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde⁹.

A amostragem teórica foi constituída por 33 participantes distribuídos em dois grupos amostrais. O primeiro grupo amostral constituído por 18 pessoas - quinze mulheres e três homens - com comportamento suicida em acompanhamento terapêutico e/ou psiquiátrico no Núcleo de Estudo e Prevenção do Suicídio (NEPS). Este serviço ambulatorial especializado no atendimento a pessoas com comportamento suicida, encontra-se vinculado a um Centro de Informação Toxicológica (CIT) sob a gestão da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), em Salvador, Bahia, Brasil.

Para esse primeiro grupo, os critérios de inclusão foram: idade igual e/ou maior a 18 anos - em cumprimento à habilitação referente aos atos da vida civil, conforme o Código Civil Brasileiro (Lei Nº 10.406, de 10/01/2002, em vigor desde 13/01/2003); em qualquer período do acompanhamento, desde que se apresentem emocionalmente estáveis, após avaliação e indicação de profissionais do NEPS. A questão norteadora para o primeiro grupo amostral foi: Como você significa o cuidado prestado por profissionais nos serviços que já buscou por conta de pensamentos de suicídio ou tentativa de suicídio?

As etapas de coleta, análise e categorização ocorreram de forma simultânea, por meio da comparação constante dos dados⁸. Com a análise comparativa dos dados, os participantes do primeiro grupo referiram-se aos significados do cuidado nos atendimentos prestados por profissionais nos seguintes serviços da RAPS: Centros de Atenção Psicossocial, Emergência de Hospital Geral, Núcleo de Estudo e Prevenção do Suicídio, Unidades de Pronto Atendimento, Pronto Atendimento Psiquiátrico e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Isso direcionou as entrevistas para o segundo grupo amostral, composto por 15 profissionais com atuação em serviços da Rede de Atenção Psicossocial.

A partir da análise comparativa dos dados do primeiro grupo amostral, emerge a seguinte hipótese: as pessoas com comportamento suicida significam o cuidado prestado por profissionais na Rede de Atenção Psicossocial diante o acolhimento, respeito, não

juízos e disponibilidade para a escuta. No sentido de confirmar essa hipótese os participantes do segundo grupo amostral foram entrevistados, tendo-se como critérios de inclusão: ter formação na área de saúde, em nível superior ou técnico; atuar em níveis de assistência e/ou gerencial em, pelo menos, um dos serviços que compõem a RAPS; ter prestado cuidados diretos e/ou indiretos a pessoas com comportamento suicida no âmbito da RAPS. A abertura do diálogo para este grupo partiu da seguinte questão norteadora: Como você percebe o processo de relação e interação no cuidado às pessoas com comportamento suicida no âmbito da RAPS?

A saturação teórica foi alcançada a partir da repetição de informações sobre o fenômeno, confirmando a ausência de novos elementos para agregar à análise. No intuito de assegurar o anonimato dos participantes, utilizou-se a letra U (usuários) seguida de numeral (Ex.: U₁, U₂, U₃) para a identificação do primeiro grupo; e a letra P (profissionais) seguida da representação dos serviços (Ex.: P_{CAPS}, P_{NEPS}, P_{SAMU}) para o segundo grupo.

Importante salientar que o processo de análise seguiu as três etapas apresentadas pelo método: codificação aberta, axial e integração. Seguiu-se o Modelo Paradigmático, composto pelos componentes Condição, Ação-Interação e Consequência. Os agrupamentos dos códigos de cada componente deram origem às categorias e subcategorias, definidas e desenvolvidas em suas propriedades e dimensões⁸, emergindo o fenômeno “Revelando que o cuidado pautado na integralidade e no acolhimento às pessoas com comportamento suicida perpassa por profissionais qualificados e serviços estruturados no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial”. Para este estudo, apresentaremos o recorte que diz respeito ao componente Ação-Interação, que corresponde às respostas expressas por pessoas ou grupos aos eventos ou situações ocorridas em suas vidas, por meio constante de significados.

RESULTADOS

Com base nas falas dos participantes dos grupos amostrais acerca dos movimentos de relação e interação das pessoas com comportamento suicida no âmbito da RAPS, emerge do estudo cinco categorias e seis subcategorias. Estas se expressam através do componente ação-interação “Percebendo e reconhecendo as potencialidades e entraves no processo de cuidado na Rede de Atenção Psicossocial”, apresentado a seguir:

Deparando-se com entraves para o atendimento na Rede

As falas assinalam os obstáculos encontrados pelos participantes para o atendimento

nos serviços que integram a RAPS, alertando para a ausência de protocolos que norteiem o fluxo e a regulação de pacientes com comportamento suicida. Esta situação retarda o atendimento inicial, compromete os encaminhamentos e acaba por suscetibilizar para novas tentativas de suicídio.

Eu senti que ficava nervosa com muita facilidade e que não conseguia me controlar. Procurei um CAPS, mas a gerente me disse que eu não tinha perfil para ser atendida lá, porque não era uma paciente grave. Ela me deu uma lista com os contatos de outros serviços e me disse para tentar atendimento em outro lugar. Pouco tempo depois disso, eu tentei suicídio pela primeira vez. **(U9)**.

No CAPS, a assistente social informou que meu perfil de atendimento era para outro serviço e não conseguiu fazer nenhum tipo de encaminhamento. **(U13)**.

Temos muita dificuldade para o atendimento de pacientes com diagnósticos psiquiátricos nas unidades de saúde, porque não há uma prioridade para esses casos. Se atendermos uma vítima por intoxicação autoprovoada, que também seja paciente psiquiátrico ficaremos por um bom tempo com a pessoa na ambulância. **(P_{SAMU})**.

Não há um fluxo normatizado para a saúde mental e suicídio. Temos uma grande dificuldade com a Central Estadual de Regulação, quando se trata de tentativas de suicídio. Como não conseguimos transferir o paciente para a continuidade da assistência em outros serviços, o médico termina dando alta depois de 24h ou 72h. **(P_{UPA})**.

Reconhecendo a agilidade no serviço de emergência

Considerando os serviços que compõem a RAPS, o estudo aponta para a celeridade dos atendimentos realizados pelas equipes de urgência/emergência, fundamentadas na classificação de risco conforme a possibilidade de agravamento dos casos. Em que pese os profissionais agirem de forma rápida e cuidadosa no intuito de salvar suas vidas, alerta-se para a prioridade de atendimento segundo avaliação do quadro clínico, e não necessariamente pelo entendimento acerca da gravidade das tentativas de suicídio.

Na primeira tentativa de suicídio, passei muito mal e me levaram para a emergência. O atendimento foi muito rápido. Eu vejo muita gente falar mal do atendimento que recebeu na emergência, mas eu acho que fui bem tratada. [...] todos fizeram de tudo para me salvar. **(U11)**.

Quando eu tentei suicídio, fui atendida logo pelo SAMU. Eles chegaram rápido na minha casa e me levaram para o hospital, porque

eu tinha risco de morte. No hospital, fui atendida de forma muito rápida e cuidadosa. (U3).

Em relação aos casos de suicídio, acredito que os serviços de urgência e emergência dão prioridade de atendimento. Mas, os casos são classificados e as condutas são definidas, a depender do quadro clínico. Se demandar maior gravidade, o atendimento é imediato. (P_{PAP}).

O médico regulador recebe a solicitação de urgência para a tentativa de suicídio e aciona as equipes de atendimento, sendo esperado o deslocamento de unidades avançadas, com condutor, enfermeiro e médico nas ambulâncias. Contudo, o que define a gravidade de um caso será sempre o quadro clínico. Focamos nos procedimentos clínicos e conduzimos imediatamente para as unidades de saúde. (P_{SAMU}).

Incomodando-se com o fato do atendimento restringir-se à terapêutica medicamentosa

No processo de interação com os serviços da Rede, os participantes queixam-se de as práticas profissionais se restringirem à medicalização da doença, sem qualquer valoração sobre a pessoa que demanda por cuidados. Essa conduta ancora-se no modelo biomédico hegemônico, utilizado como forma prioritária de tratamento terapêutico, ainda que as políticas vigentes preconizem por práticas integrais de cuidado na perspectiva da integralidade e da singularidade dos indivíduos.

Quando comecei a sentir que não estava bem, procurei o ambulatório de um hospital psiquiátrico. Não me senti cuidada porque o atendimento foi muito rápido. O médico fez o diagnóstico de estresse, me medicaram e mandaram voltar depois. (U13).

Eu fui atendida por uns dois anos em um Centro Terapêutico de Saúde Mental. Eu levava minhas queixas, o psiquiatra me receitava sem nem olhar nos meus olhos e eu retornava com sessenta dias. (U7).

Ainda existem profissionais que acreditam no uso eterno de medicações para o tratamento das doenças. Os pacientes e familiares já estão tão acostumados à medicalização que, às vezes, é difícil falar sobre diminuir doses e observar com outras estratégias de tratamento. (P_{CAPS}).

Existem profissionais que não entendem a política de saúde mental e trabalham muito na perspectiva de consultório, distantes da equipe, com um modelo biomédico e medicalizante. Muitas vezes, são profissionais que nem conseguimos acessar para o planejamento de um projeto terapêutico. (P_{CAPS}).

Experienciando o atendimento permeado pela negligência, maus-tratos, julgamentos e incitação ao suicídio

O estudo sinaliza que as relações e interações entre as pessoas com comportamento suicida e os profissionais que atuam na RAPS são pautadas pela negligência de atendimentos, os quais quando se dão perpassam por posturas de maus-tratos, julgamentos e de incitação ao ato suicida.

Inquietando-se com a negligência no atendimento

Os participantes expressam o sentimento de terem sido negligenciados em suas dores quando buscaram os serviços de saúde, anunciando a falta de atenção, interesse e compromisso para com a saúde e a vida das pessoas com comportamento suicida.

Quando eu tentei suicídio pela primeira vez, passei quase 24h na emergência de um hospital público. Essa foi a pior experiência de atendimento que já recebi na minha vida. [...] nenhum profissional deu atenção para o que eu estava passando. No outro dia, procurei um médico para me liberar, porque não fazia sentido continuar ali sem receber assistência [...] quando a gente quer morrer, é para não sofrer mais. Mais sofrimento era tudo o que eu não precisava naquela hora. **(U9).**

A última vez que cortei o meu braço, o médico que me atendeu disse que não iria fazer os pontos já que fui eu mesma que cortei. **(U2).**

Não vejo as pessoas dispostas a ajudar e investir no tratamento de quem provoca o suicídio. Não há interesse em cuidar de pessoas que “querem tirar a própria vida”. **(P_{NEPS}).**

Se for uma tentativa de suicídio na qual a pessoa esteja estável, vai aguardar para ser atendida, principalmente nos casos que envolve o diagnóstico de transtornos psiquiátricos. [...] os profissionais não priorizam esses atendimentos. **(P_{CAPS}).**

Inquietando-se com os maus-tratos por parte dos profissionais

O estudo ilustra o mal-estar experienciado em decorrência das posturas inadequadas, desrespeitosas e, por vezes, ostensivas praticadas pelos profissionais com fins de punir as pessoas por terem tentado suicídio.

Quando eu tentei suicídio pela primeira vez, passei quase 24h na emergência de um hospital público. Os profissionais me trataram muito mal, colocaram um tubo de qualquer jeito no meu nariz, não fizeram a lavagem, me deixaram o tempo inteiro sozinha em uma cadeira. Me senti exposta e maltratada. (U9).

[...] tratam com muita grosseria a pessoa que tentou suicídio. É como se tivessem atendendo um animal. (U14).

O comportamento dos colegas me incomoda. Já vi passarem uma sonda mais calibrosa para a lavagem gástrica, sem qualquer tipo de lubrificação. [...] como se quisessem punir e aumentar o sofrimento da pessoa que está naquela situação. (PEmergência).

Infelizmente, já presenciei muitos profissionais dizerem que a pessoa deveria mesmo ter morrido e que não estão ali para esse tipo de atendimento, além de fazerem a lavagem de qualquer jeito e não se importarem com mais nada. (PCAPS).

Inquietando-se com o julgamento por parte dos profissionais

O estudo revela que inquietam também as palavras proferidas pelos profissionais de saúde, em desacordo ao fato de as pessoas terem realizado intentos contra a própria vida. As ofensas, conjecturas e inferências no momento de extrema impotência sinalizam para o entendimento profissional de que essas pessoas “desejam morrer” e, conseqüentemente, para a não compreensão do suicídio enquanto um ato dor.

Nas emergências, fui tratada com vários julgamentos. Na primeira vez, eu tinha apenas dezesseis anos, o médico disse que eu só podia ter feito aquilo por causa de homem e perguntou se eu não tinha vergonha pelo que fiz. (U4).

Me julgaram o tempo todo, falando que o meu atendimento não era o mais importante e que tinham outras pessoas querendo viver. (U9).

Já ouvi dizerem que a pessoa é fraca; que estão assim, porque não procuram uma religião e que não têm Deus no coração. (PCAPS).

Infelizmente os julgamentos são reais. Eu já vi colegas dizendo que a pessoa quis se matar porque “devia estar precisando namorar”, que “estava tentando se matar por besteira” ou que “quem quer se matar não avisa”. Têm profissionais que acham uma perda de tempo parar para conversar com quem tenta suicídio. (PSAMU).

Percebendo a incitação do suicídio pelo profissional

Na interação com os profissionais de saúde, os participantes se deparam com falas que parecem desvalorizar seu adoecimento psíquico, sobretudo, quando lhes são apresentadas táticas que assegurem o “sucesso” do ato suicida. Essa postura, desaprovada por outros profissionais, tende a intensificar o sofrimento por parte das pessoas que atentam contra a própria vida.

No hospital, quando entrei no consultório, a médica pegou a bolsa e disse que o plantão dela tinha terminado e que se eu quisesse morrer, que morresse. [...] ouvi muitas vezes que eu deveria ter tomado uma dose cavalgar de medicamentos ou me jogado na frente de um carro. A depressão continuou! Não conseguia ter controle sobre meu corpo, comecei a ter vômito. (U1).

Eu ouvia os profissionais dizerem que eu deveria ter morrido mesmo, porque aí tomaria vergonha na cara. (U4).

Já ouvi profissionais falarem tantas coisas para quem tenta suicídio, que me questiono sobre que tipo de ser humano é esse que está cuidando das pessoas. (P_{Emergência}).

Infelizmente, existem profissionais que só estão ali porque passaram em um concurso. [...] já ouvi profissionais dizerem tantos absurdos, que me pergunto sobre o que leva alguém ver o outro sofrendo e ainda falar várias bobagens. (P_{CAPS}).

Valorizando o acolhimento e a disponibilidade por parte dos profissionais do serviço de referência

As pessoas com comportamento suicida bem como os profissionais que atuam nos diversos serviços da RAPS, que compuseram os participantes deste estudo, valorizam o cuidado dispensado pelos profissionais do NEPS aos usuários. A seguir as subcategorias que expressam o acolhimento e disponibilidade dos profissionais deste serviço de referência:

Sentindo-se acolhidos por parte dos profissionais do serviço de referência

Chama-se atenção para a valorização do cuidado disponibilizado pelos profissionais que integram o único serviço de referência no comportamento suicida do estado brasileiro lócus do estudo. Os elogios ao acolhimento do referido serviço decorrem da percepção acerca

de uma assistência humanizada, sensível, livre de julgamentos e pautada no respeito por parte dos profissionais, que atuam em equipe e de forma harmônica.

Eu me sinto cuidada porque os profissionais enxergam o ser humano e não a doença. [...] tratam a todos com respeito, independente da condição social, cultural ou econômica. **(U5)**.

Eu me sinto cuidada, porque os profissionais são muito dedicados e tratam todos com muito amor e carinho. [...] eu sei que sempre serei acolhida sem julgamentos. **(U10)**.

Há um comprometimento com o ser humano por parte de cada profissional do NEPS. A equipe trabalha em sintonia. [...] O paciente está no centro do cuidado. **(PNEPS)**.

Os profissionais do NEPS, independente da formação, têm um olhar diferenciado para o cuidado relacionado ao comportamento suicida. Há um entendimento de que é necessário estar interessado em ouvir a história das pessoas para compreender a complexidade das situações. [...] isso é muito importante para o cuidado. **(PNEPS)**.

Reconhecendo a disponibilidade do profissional do serviço de referência

Outro valor atribuído ao cuidado remete ao reconhecimento do interesse e da disponibilidade por parte dos profissionais do serviço de referência em promover uma escuta sensível, atenta, contínua e disponível às pessoas com comportamento suicida. Esse interesse e preocupação para com o outro, respeitando as histórias individuais, transversalizam a relação entre usuários e cuidadores, favorecendo a construção de laços de confiança para o processo do cuidado.

Eu vejo uma preocupação por parte dos profissionais: eles fornecem o número do celular, nos ligam e estão disponíveis para a escuta, têm interesse em saber como está o dia-a-dia dos usuários e se temos conseguido ressignificar algumas coisas em nossas vidas. **(U13)**.

Eu me sinto bem cuidada pelos profissionais: todos são atenciosos, olham nos olhos da gente e não nos esperam com uma caneta e um receituário nas mãos. Eles se interessam pelo nosso problema e escutam o paciente sem pressa, sem preocupação com horário. Isso faz com que se aproximem da gente e nos dá confiança para voltar. **(U7)**.

Os profissionais não estão preocupados em preencher fichas, mas em olhar para o outro e ouvir atentamente cada resposta. O acolhimento dura o tempo que for necessário. Muitas vezes, a pessoa já sai da triagem com o contato do técnico que triou, com o agendamento da consulta psiquiátrica e tendo sido apresentado a outros técnicos da

equipe. Os usuários do NEPS têm a certeza de que não estarão mais sozinhos e que terão suporte profissional. (**P_{NEPS}**).

Disponibilizar o contato para as pessoas que são atendidas é fantástico. Entender a necessidade que as pessoas podem ter nos momentos de angústia só reforça o compromisso profissional, ético e humano com os pacientes. Essa disponibilidade para atender em outros momentos ou tirar dúvidas fora do horário de trabalho, é um grande diferencial. Saber que se tem com quem contar dá muito mais segurança e tranquilidade. (**P_{Emergência}**).

DISCUSSÃO

Potencialidades e entraves na multiplicidade das ações e interações que comprometem ou favorecem a realidade complexa do cuidado a pessoas em risco para o suicídio são reveladas no âmbito da RAPS. Coaduna-se, portanto, a complexidade, que consiste, efetivamente, em um tecido de acontecimentos, ações, interações, retroações, delimitações e casualidades⁷, que constituem as relações entre usuários e profissionais na atenção psicossocial.

No que concerne às barreiras no processo de cuidado, os dados revelam a dificuldade de atendimento, evidenciada no momento em que os participantes recebem a informação de que não têm perfil para admissão e/ou não são encaminhados para outros serviços, remetendo-nos a um pensamento simplificador, que em oposição ao complexo, ancora-se na avaliação fragmentada do todo, não enxergando as pessoas em todas as suas necessidades. Obstáculos para o atendimento ocorrem pela dificuldade por parte dos profissionais em estabelecer o risco para o suicídio, de modo que muitas situações que requerem acompanhamento são silenciadas, comprometendo os encaminhamentos para outras unidades de saúde⁹⁻¹⁰.

Assim a delonga ou ausência do atendimento nos serviços de saúde, tende a acentuar a sintomatologia para o comportamento suicida, fazendo com que a ideia de suicídio se torne cada vez mais frequente, desafiando-nos à aspiração de um conhecimento multidimensional diante da complexidade do comportamento suicida. Dentre as fragilidades que impactam na funcionalidade da Rede de Atenção à Saúde, encontra-se a ausência de protocolos que orientem para o cuidado diante do comportamento suicida. A inexistência desses procedimentos padronizados, como a utilização de manual ou protocolo, para a orientação do cuidado às pessoas em risco para o suicídio não é incomum, sendo também apontada como uma das limitações no manejo do comportamento suicida em condutas adotadas pela equipe

multiprofissional da ala psiquiátrica de um hospital universitário, no Rio Grande do Sul, Brasil¹¹.

Tais fragilidades nos arranjos organizativos de ações e dispositivos no âmbito da atenção psicossocial comprometem o planejamento de práticas que direcionem para o acesso universal aos serviços de saúde, com vistas à integralidade do cuidado em todos os níveis de atenção¹²⁻¹³, incluindo os serviços de urgência que, na maioria das vezes, são a porta de entrada para a busca de auxílio nas tentativas de suicídio¹¹⁻¹⁴.

Em que pese os entraves para acesso aos serviços na RAPS, os dados também revelam a celeridade dos serviços de urgência no atendimento aos casos de tentativas de suicídio. Tal agilidade ocorre principalmente em situações de maior gravidade em relação ao intento, quando a rápida execução dos primeiros socorros, pode evitar o desfecho de morte¹⁵. Dessa forma, ainda que as condutas de emergência sejam priorizadas de acordo com a gravidade do quadro clínico, as falas dos participantes convergem para o esforço profissional quanto à execução do cuidado com ênfase das práticas de manutenção da vida, como: a estabilização dos sinais vitais, lavagem gástrica, acesso venoso, medicação, dentre outros¹¹⁻¹⁴. Esse atendimento imediato dos serviços de urgência no intuito de estabilizar quadros clínicos, sem a aparente preocupação com o motivo/indivíduo que atentou contra a própria vida, provoca-nos à reflexão acerca da patologia do saber aventada por Morin, que por meio de constantes simplificações reduz o ser humano aos seus aspectos meramente biológicos, retalhando assim o tecido complexo das realidades⁷.

Somadas às dificuldades de acesso, de referenciamento e contra-referenciamento, exceto em relação aos serviços de emergências, os dados sinalizam para a negligência no atendimento às necessidades das pessoas que atentam contra a própria vida¹⁶. O que reforça a visão mutiladora e unidimensional para o cuidado na atenção psicossocial, sobretudo, nos casos de tentativas de suicídio. Estudos nacionais corroboram o despreparo por parte dos profissionais, aludindo sobre a dificuldade destes em compreender os múltiplos fatores que implicam no comportamento suicida, com repercussões para uma assistência, por vezes, estigmatizante e negligente em relação às pessoas que tentam suicídio¹⁴⁻¹⁷.

Para além do despreparo com foco para a atenção psicossocial e a prevenção do suicídio, é enfatizado o cuidado restrito à terapêutica medicamentosa. Esse é considerado pelos participantes como práticas profissionais que valorizam a doença em detrimento do indivíduo, utilizando-se da prescrição de medicamentos como única estratégia de tratamento em relação à saúde mental¹⁸. Essa estratégia de medicalização em detrimento da adoção de outras condutas terapêuticas no campo da saúde mental tem sido uma inquietação comum em

estudos que problematizam o uso exacerbado de medicamentos para dirimir o sofrimento em todas as circunstâncias da vida, situação que reduz o processo saúde-doença à sua dimensão biológica, e não é o suficiente para evitar as tentativas de suicídio e o suicídio¹⁹⁻²⁰.

Como consequências de uma tática assistencial centrada na doença, têm-se atendimentos rápidos e sem escuta das pessoas que buscam por cuidado, inexistência de planejamento para projetos terapêuticos, consultas espaçadas e o reforço de um modelo cartesiano e assistencialista medicalizante, que se opõem aos novos desafios no âmbito da Política Nacional de Saúde Mental, da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (SUS)²¹, tais como: valorizar a experiência dos usuários como sujeitos de direitos; criar espaços para o protagonismo dos usuários na construção dos seus projetos terapêuticos; promover práticas de cogestão nos serviços; incluir trabalhadores, gestores e usuários na discussão sobre suas experiências com o uso de medicações²²⁻²³.

Uma pesquisa irlandesa sobre falhas na prevenção do suicídio sinaliza para o uso excessivo de medicações como única estratégia de tratamento centrado na ocorrência de transtornos mentais, sem a preocupação, por parte dos profissionais, com os eventos psicossociais que influenciam no risco elevado para o suicídio²⁴. Assim, o mesmo determinismo que suprime a desordem em detrimento da ordem, também reflete o não entendimento acerca da singularidade e/ou diferenças entre cada indivíduo, estabelecendo ‘castigos’ a todos que parecem não se enquadrar nos padrões estabelecidos como de normalidade.

Nos casos de comportamentos suicidas, além do estigma da loucura, tem-se a não aceitação por parte dos profissionais, do desejo do outro de pôr fim à própria vida, desvelando-se nas posturas ostensivas em relação a quem tenta suicídio. Assim, os maus tratos que parecem mais castigar do que cuidar, expressos na passagem de sondas sem lubrificação adequada, lavagens realizadas de forma descuidadas, questionamentos pejorativos e/ou falas que dão a entender sobre a não necessidade de cuidados às pessoas que atentam contra a própria vida, emergem como ações punitivas e desencadeadoras de mais sofrimento²⁵⁻²⁶. Tais condutas podem ser inclusive estratégias utilizadas pelos profissionais para omitirem o desconhecimento de como atuar em situações como essas e até mesmo para ocultar o sentimento de impotência no atendimento a pessoas que atentam contra a própria vida.

Esses julgamentos e inferências direcionados aos usuários por ocasião da tentativa de suicídio, intensificam ainda mais o sofrimento dessas pessoas. Principalmente, quando

considerado que as palavras depreciativas e acusatórias por parte dos profissionais em relação à conduta suicida, supondo ser o ato uma atitude de fraqueza e o “desejo de morte” representação da ausência de espiritualidade, evidenciam posturas controversas acerca do cuidado e da compreensão do suicídio enquanto ato-dor¹¹.

A vinculação do comportamento suicídio à ‘falta de Deus’ também foi desvelada em outro estudo sobre a percepção de profissionais em relação ao comportamento suicida, cujos achados revelaram ainda associações com problemas psiquiátricos e comportamentos que contribuem para o estigma em torno do fenômeno¹⁴.

O estigma dos profissionais em relação às pessoas que atentam contra a própria vida remete-nos à noção complexa de autonomia humana⁷, visto que a reação dos profissionais em face do comportamento suicida reflete, além de suas próprias impressões e escolhas, o estigma de toda uma sociedade, não sendo possível separar o indivíduo do meio e nem isolar o meio do indivíduo. Uma outra forma de estigma que envolve o suicídio, está atrelada ao gênero e aos modos e motivos para buscar a morte, com diferenciações entre homens e mulheres. As falas sinalizam que as mulheres são imbuídas para as tentativas de suicídio como forma de “chamar atenção” e/ou por situações relacionadas a problemas conjugais, considerando-se ser perda de tempo qualquer cuidado oferecido a essas mulheres. As rotulações e desqualificações das condutas suicidas como forma de chamar atenção para si ou do outro, sobretudo, quando praticadas por mulheres, também foram reveladas nas falas de profissionais de saúde mental, em um estudo realizado no sul do Brasil²⁷.

Diante da conduta dos profissionais de saúde frente ao comportamento suicida se faz necessário a reflexão de que o manejo com aqueles que pensam no suicídio requer respeito, trabalho constante com dores e tolerância às frustrações, necessitando que o profissional se mostre disponível para compreender os significados em torno do ato suicida, explorando os pensamentos do usuário e acolhendo o sentimento de impotência e a solidão do outro²⁸⁻²⁹.

Todos esses elementos relacionados à omissão do cuidado e à desvalorização do sofrimento alertam-nos para a conduta profissional na incitação ao suicídio. Esse comportamento, desaprovado pelos próprios profissionais entrevistados, reflete atitudes hostis de profissionais de saúde frente ao comportamento suicida, com possíveis reverberações para novas e efetivas tentativas de suicídio. Importante pontuar ainda que tais condutas são passíveis de implicações éticas previstas no Código Penal Brasileiro, com vistas a criminalizar quaisquer formas de estímulo e/ou auxílio ao suicídio sob as penalidades de reclusão por período de dois a seis anos, caso o suicídio se consuma; ou de um a três anos, em situações que levem a lesões corporais de natureza grave³⁰.

Embora tenham sido relatadas experiências de não cuidado vivenciadas pelos participantes, os dados também revelam a existência de organizações imbricadas com o processo do cuidado, ressaltando o acolhimento recebido por parte dos profissionais no serviço de referência para o comportamento suicida, que reflete uma assistência humanizada, livre de julgamentos, com profissionais interessados em ouvir e compreender a complexidade dos eventos relacionados ao suicídio³¹. O vínculo e a adesão ao serviço ocorrem a partir da disponibilidade dos profissionais para a escuta e, com isso, o estabelecimento das relações de confiança, respeito e não julgamentos³².

Nessa perspectiva, chama-se a atenção para a valoração da disponibilidade dos profissionais do serviço de referência para o cuidado humanizado, que é manifestado pela preocupação, interesse, respeito e escuta às histórias das pessoas que buscam atendimento. E que muitas vezes, extrapolam a carga horária de trabalho e fornecem seus contatos pessoais aos usuários admitidos pelo serviço, para favorecer o estabelecimento de um plano de segurança em que a pessoa em risco de suicídio tenha a oportunidade de acessar o profissional em situações de desespero²⁸. A disponibilidade do profissional para o acompanhamento telefônico a pessoas suicidas mostrou reduções significativas na reincidência das tentativas de suicídio, uma vez que essas pessoas contatavam os profissionais em momentos de extremo sofrimento e crise, quando os pensamentos de autoextermínio se apresentavam de forma mais intensa³³⁻³⁴.

Pode-se dizer, portanto, que a disponibilidade profissional por meio do contato telefônico configura-se enquanto um fator protetivo para novas tentativas de suicídio e também para o suicídio³⁵. Nessa perspectiva, é possível perceber, na postura dos profissionais do serviço de referência, uma compreensão acerca da complexidade que envolve o comportamento suicida, bem como da relação ordem/desordem/organização em torno do fenômeno⁷.

O acolhimento em face da desordem impulsionada pelo intento suicida poderá colaborar para um processo de organização no tratamento das pessoas em risco de suicídio. Dessa forma, o cuidado vivenciado no serviço de referência denota o compromisso humano e ético por parte dos profissionais em relação às pessoas que sofrem com o comportamento suicida, experiência que estreita os vínculos e promove o cuidado na atenção psicossocial³⁶.

As ações pautadas no interesse pela escuta, preocupação, disponibilidade e acessibilidade ao profissional, apesar de parecerem muito simples, não foram mencionadas pelos participantes do estudo ao receberem atendimento em outros serviços da RAPS. Infere-se assim, a importância quanto à sensibilidade, disponibilidade e preparo do profissional para

o cuidado, sobretudo, diante da eminência de morte anunciada pelo comportamento suicida.

CONSIDERAÇÕES

O estudo revela que, no processo de ação e interação com a RAPS, as pessoas com comportamento suicida enfrentam obstáculos peculiares a uma visão simplificadora e unidimensional dos fenômenos humanos. Estes vão desde o insucesso na admissão em serviços à ausência de protocolos que orientem o cuidado na atenção psicossocial, perpassando por condutas profissionais permeadas pela negligência, julgamentos e pautadas na medicalização.

Em que pese o reconhecimento quanto à rapidez dos serviços de urgência no atendimento aos casos de tentativas de suicídio, alerta-se para a conduta profissional motivada pela avaliação clínica relacionada ao risco de morte, e não necessariamente por estar sensível à gravidade do evento suicida. Este e outros entraves apontados pelos entrevistados sinalizam para a não compreensão e simplificação do fenômeno ao seu caráter apenas biológico por parte dos profissionais que atuam nos serviços que integram a RAPS, situação que reflete o despreparo na identificação do perfil para a admissão do usuário na instituição, como também a ineficácia dos encaminhamentos e as atitudes inadequadas durante a interação com o outro, especialmente quando se trata de alguém com história prévia de sofrimento psíquico.

Diante esta conjuntura, o estudo oferece subsídios para se pensar estratégias que postulem por uma lógica da complexidade, como o fortalecimento da RAPS e o preparo profissional, capazes de viabilizar a promoção do cuidado a pessoas com comportamento suicida e assim favorecer a prevenção de eventos suicidas. Especificamente acerca da responsabilidade ética e moral dos profissionais quanto ao atendimento respeitoso e acolhedor, vale salientar que paralelo às táticas de capacitação profissional, com fins na mudança de atitude em resposta à sensibilização do sujeito para a atenção psicossocial, é essencial uma gestão do cuidado que atente também para a responsabilidade civil, por meio de penalidades e punições, em face de condutas que, direta ou indiretamente, incitam o suicídio, conforme reveladas em nosso estudo.

Em contraponto às inúmeras barreiras para o cuidado e as experiências de negligência vivenciadas, os dados mostram a existência de espaços implicados com o processo do cuidado, a exemplo do serviço de referência, sobre o qual os participantes do estudo valorizaram a disponibilidade, preocupação, acolhimento, interesse e respeito às histórias de vida de cada usuário. Considerando o reconhecimento dos participantes acerca do valor do NEPS para o cuidado às pessoas em comportamento suicida, é de sumária importância a

criação de espaços de discussão que considerem estes serviços como centros de referências estruturados como porta de entrada e eixo regulador para todos os casos de comportamento suicida, no qual se inclui a ideação, o planejamento e os atos suicidas.

Em face de todas essas conjecturas, retoma-se o princípio do pensamento complexo para apontar que este estudo não intenta desvelar todas as informações acerca das potencialidades e entraves para o cuidado às pessoas em risco de suicídio, mas sim respeitar as múltiplas e contínuas dimensões expressas nas ações-interações (MORIN, 2014) do cuidado às pessoas com comportamento suicida no contexto da atenção psicossocial.

REFERÊNCIAS

1. Jeon SY, Reither EN, Masters RK. A population-based analysis of increasing rates of suicide mortality in Japan and South Korea, 1985-2010. *BMC Public Health*. [Internet]. 2016 Apr [cited Jan 10, 2018]; 16:356. Available from: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12889-016-3020-2>
2. Machado DB, Santos DN. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. *J Bras Psiquiatr*. [Internet]. 2015 Mar [cited Jan 12, 2018]; 64(1):45-54. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v64n1/0047-2085-jbpsiq-64-1-0045.pdf>
3. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. *Boletim Epidemiológico* [Internet]. 2017 Sep [cited 2018]; 48(30): 2-14. Available from: encurtador.com.br/cejHX
4. Silva TPS, Sougey EB, Silva J. Estigma social no comportamento suicida: reflexões bioéticas. *Rev Bioét*. [Internet]. 2015 Aug [cited Jan 14, 2018]; 23(2):416-23. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v23n2/1983-8034-bioet-23-2-0419.pdf>
5. Morin E. *A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento*. 21ª edição. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2014.
6. Morin E. *Introdução ao pensamento complexo*. 5.ed. Porto Alegre, Brasil: Editora Sulina; 2015.
7. Corbin, J, Strauss, A. *Basics of Qualitative Research*. 4.ed. San Francisco, Estados Unidos; 2015.
8. Waern M, Kaiser N, Renberg ES. Psychiatrists' experiences of suicide assessment. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2016 Dec [cited Jan 14, 2018]; 16:440. Available from: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12888-016-1147-4>
9. Silva PF, Nóbrega MPSS, de Oliveira E. Knowledge of the nursing team and community agents on suicide behavior. *Rev enferm UFPE* [Internet]. 2018 Jan [cited Feb 05, 2018]; 12(1):112-7. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23511/25906>

10. Oliveira1 CT, Collares LA, Noal MHO, Dias ACG. Percepções de uma equipe de saúde mental sobre o comportamento suicida. *Gerais, Rev Interinst Psicol* [Internet]. 2016 Jun [cited Feb 06, 2018]; 9(1):78-89. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v9n1/v9n1a07.pdf>
11. Gutierrez BAO. Assistência hospitalar na tentativa de suicídio. *Psicologia USP*. [Internet] 2014 Dec [cited Feb 08, 2018]; 25(3):262-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v25n3/0103-6564-pusp-25-03-0262.pdf>
12. Moreira DL, Martins MC, Gubert FA, Sousa FSP. Perfil de pacientes atendidos por tentativa de suicídio em um centro de assistência toxicológica. *Cienc y enfermer* [Internet]. 2015 [cited Feb 09, 2018]; 21(2):63-75. Available from: https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v21n2/art_07.pdf
13. Gonçalves PIE, Silva RA, Ferreira LA. Comportamento suicida: percepções e práticas de cuidado? *Psicologia Hospitalar* [Internet]. 2015 Ago [cited Feb 11, 2018]; 13(2):64-87. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ph/v13n2/13n2a05.pdf>
14. Oliveira EN, Felix TA, Mendonça CBL, Lima PSF, Freire AS, Moreira RMM. Aspectos epidemiológicos e o cuidado de enfermagem na tentativa de suicídio. *Rev Enferm Contempor* [Internet]. 2016 Dec [cited Feb 15, 2018]; 5(2):184-92. Available from: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/967/723>
15. Reisdorfer N, Araujo GM, Hildebrandt LM, Gewehr TR, Nardino J, Leite MT. Suicídio na voz de profissionais de enfermagem e estratégias de intervenção diante do comportamento suicida. *Rev Enferm UFSM* [Internet]. 2015 Jun [cited Feb 20, 2018]; 5(2):295-304. Available from: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/16790/pdf>
16. Freitas APA, Borges LM. Do acolhimento ao encaminhamento: o atendimento às tentativas de suicídio nos contextos hospitalares. *Estud de Psicol* [Internet]. 2017 Mar [cited Feb 24, 2018]; 22(1):50-60. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epsic/v22n1/a06v22n1.pdf>
17. Silva EAO, Ferreira WFS, Vasconcelos CRV, Dutra DA. Atitudes dos profissionais da enfermagem frente ao risco de suicídio na emergência hospitalar. *Rev Saúde e Desenvol* [Internet]. 2017 Jun [cited Feb 29, 2018]; 11(7): 239-52. Available from: <https://www.uninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/715/406>
18. Daré PK, Caponi SN. Cuidado ao indivíduo com depressão na atenção primária em saúde. *Rev Estud Contemp da Subjetiv* [Internet]. 2017 [cited Mar 01, 2018]; 7(1): 12-24. Available from: <http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/1858/1419>
19. Soalheiro NI, Mota FS. Medicalização da vida: doença, transtornos e saúde mental. *Rev Polis e Psique* [Internet]. 2014 [cited Mar 03, 2018]; 4(2): 65-85. Available from: http://seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/49807/pdf_54
20. Conte M, Cruz CW, Silva CG, Castilhos NRM, Nicolella ADR. Encontros ou Desencontros: histórias de idosos que tentaram suicídio e a Rede de Atenção Integral em Porto Alegre/RS, Brasil. *Rev Ciênc & Saúde Coletiv* [Internet]. 2015 Mar [cited Mar 05, 2018]; 20(6):1741-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1741.pdf>

21. Santos DA et al. Potencialidades e dificuldades nas práticas de acolhimento na rede de atenção básica conforme a Política Nacional de Humanização. *Rev Sau & Transf Soc* [Internet]. 2016 [cited Apr 10, 2018]; 6(2): 54-69. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265345668007>
22. Motta CCL, Moré CLOO, Nunes CHSS. O atendimento psicológico ao paciente com diagnóstico de depressão na Atenção Básica. *Rev Ciênc & Saúde Coletiva* [Internet]. 2017 Mar [cited Apr 10, 2018]; 22(3):911-20. Available from: encurtador.com.br/ijMR9.
23. Leavey G, Mallon S, Rondon-Sulbaran J, Galway K, Rosato M, Hughes L. The failure of suicide prevention in primary care: family and GP perspectives – a qualitative study. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2017 Nov [cited 2018]; 17:369. Available from: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12888-017-1508-7>
24. Canesqui AM, Barsaglini R, de Melo LP. Adoecimentos e sofrimentos de longa duração: contribuições das Ciências Sociais e Humanas [editorial]. *Rev Ciênc & Saúde Coletiva*. 2018 Feb [cited 2018]; 23(2). Available from: <https://www.scielosp.org/article/csc/2018.v23n2/354-354/pt/>
25. Freitas F, Amarante P. *Medicalização em Psiquiatria*. 2ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2017.
26. Silva KFA, Alves MA, do Couto DP. Suicídio: uma escolha existencial frente ao desespero humano. *Rev Pretextos PUC Minas* [Internet]. 2016 Jan [cited Apr 5, 2018]; 1(2):184-203. Available from: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/pretextos/article/view/13618/10512>.
27. Teixeira GLC, Braga MQ, Ramos FVC, Alves JCM. Adolescentes Suicidas: estudo de caso sobre um conceito sintomático para os profissionais de saúde de um Pronto Socorro. *Rev Perquirere* [Internet]. 2016 Dec [cited 2018]; 13(2):106-21. Available from: encurtador.com.br/fkSY3
28. Lemos NGR. Induzimento, Instigação ou Auxílio ao Suicídio: Conceito, Características e Finalidades. *BIC* [Internet]. 2017 [cited 2018]; 4(1):120-30. Available from: <http://revistas.unifenas.br/index.php/BIC/article/view/190/145>.
29. Boff L. *Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*/Leonardo Boff. 20 ed. (2ª reimpressão). Petrópolis, RJ: Vozes, 2017.
30. Moura MA, Araújo LGS. Levantamento de estratégias específicas utilizadas por psicólogos clínicos no tratamento de adolescentes com comportamento suicida. *Rev Bras de Ciênc da Vida* [Internet]. 2017 Dec [cited Apr 05, 2018];6(1):01-18. Available from: encurtador.com.br/qxQU3
31. Fukumitsu KO. O psicoterapeuta diante do comportamento suicida. *Psicol. USP* [Internet]. 2014 [cited 2018]; 25(3):270-5. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/psup/v25n3/0103-6564-psup-25-03-0270.pdf>
32. Cebrià AI et al. Effectiveness of a telephone management programme for patients discharged from an emergency department after a suicide attempt: controlled study in a

- Spanish population. *J of Affect Disord* [Internet]. 2013 May [cited 2018]; 147(1-3):269-76. Available from: encurtador.com.br/cdF56
33. Exbrayat S et al. Effect of telephone follow-up on repeated suicide attempt in patients discharged from an emergency psychiatry department: a controlled study. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2017 Mar [cited 2018]; 17(1):96. Available from: encurtador.com.br/eEL57
34. Bandeira MAD. Reflexões sobre a atuação do psicólogo junto aos pacientes com tentativa de suicídio. *Rev Amazônia Science & Health* [Internet]. 2017 Sep [cited 2018]; 5(3): 22-9. Available from: <http://ojs.unirg.edu.br/index.php/2/article/view/1622/pdf>
35. Gondim DSM. A intervenção da psicologia: tentativas de suicídio e urgência hospitalar. *Rev Cient da FMC* [Internet]. 2015 Dec [cited 2018]; 10(2): 12-6. Available from: encurtador.com.br/imuFT
36. Müller AS, Pereira G, Zanon RB. Estratégias de prevenção e pósvenção do suicídio: Estudo com profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. *Rev de Psicol da IMED* [Internet]. 2017 Dec [cited 2018]; 9(2):6-23. Available from: <https://seer.imed.edu.br/index.php/revistapsico/article/view/1686/1510>
37. Biffi D, Nasi C. Expectativas de usuários sobre a prática de enfermeiros de um Centro de Atenção Psicossocial. *Rev Rene* [Internet]. 2016 Sep [cited 2018]; 17(6): 789-96. Available from: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/6496/4732>

5.4 Artigo 3

VULNERABILIDADES E FORTALECIMENTO DE PESSOAS COM COMPORTAMENTO SUICIDA: ESTUDO EM GROUNDED THEORY

***Organizado e submetido de acordo com as normas da Revista Latino-Americana de Enfermagem**

Resumo

Objetivo: Compreender as implicações das experiências vivenciadas por pessoas com comportamento suicida no processo de cuidado no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. **Método:** Pesquisa qualitativa, ancorada no referencial teórico do Pensamento Complexo e metodologicamente na *Grounded Theory*. Foram entrevistadas 18 pessoas acompanhadas por com comportamento suicida e 15 profissionais da Rede de Atenção Psicossocial, divididos em dois grupos amostrais. Os dados foram sistematizados a partir do Modelo Paradigmático, integrado pelos componentes: Condição, Ação-Interação e Consequência. **Resultados:** O não cuidado, a partir de uma visão reducionista, intensifica a introspecção, desmotivação e desesperança nos usuários, tornando-os mais fechados em si mesmos e aumentando a dificuldade de exporem seus anseios. Em situações de acolhimento, disponibilidade, escuta interessada e estabelecimento de vínculo com os profissionais sentem-se mais abertos às múltiplas facetas da realidade complexa, a ponto de darem novos sentidos à vida e reduzirem os pensamentos de morte e/ou as tentativas de suicídio. **Conclusão:** O estudo sinaliza que os participantes reconhecem o lugar da Rede de Atenção Psicossocial na fragilização ou fortalecimento da pessoa com comportamento suicida, alertando para a necessidade de uma gestão em saúde comprometida com a qualidade do cuidado às pessoas em risco de suicídio.

Descritores: Cuidados de Enfermagem; Comportamento Autodestrutivo; Tentativa de Suicídio; Vulnerabilidade em Saúde; Sistemas de Apoio Psicossocial; Teoria Fundamentada nos Dados.

Keywords: Nursing Care; Self-Injurious Behavior; Suicide Attempted; Health Vulnerability; Psychosocial Support Systems; Grounded Theory.

Descriptores: Atención de Enfermería; Conducta Autodestructiva; Intento de Suicidio; Vulnerabilidad en Salud; Sistemas de Apoyo Psicossocial; Teoría Fundamentada.

Introdução

O comportamento suicida exprimi um ato repleto de ambivalência, pois a morte anuncia-se, não como um querer morrer, mas sim como o desejo de uma vida livre da dor

insuportável que tanto a adocece. A complexidade que permeia o ato suicida requer serviços preparados e organizados em Rede com fins no cuidado à saúde mental das pessoas, sendo este *sine qua non* para a redução dos índices de morbimortalidade do agravo.

Em todo o mundo, os números relacionados ao suicídio são crescentes e alarmantes, tendo-se mais de 800 mil mortes autoprovocadas por ano. Nos Estados Unidos da América (EUA), as taxas de suicídio aumentaram em cerca de 16% entre os anos de 2006 e 2014⁽¹⁾. No Brasil, os números de mortes por suicídio não diferem, com uma elevação de 12% entre os anos de 2011 e 2015, colocando o país na 8ª posição no *ranking* mundial dos maiores índices de suicídio⁽²⁾.

Estima-se que em 2020, o ônus das tentativas de suicídio e a morbidade que essas trazem, alcance, aproximadamente, 2,4% em todo o mundo⁽³⁾. No cenário nacional, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, no período de 2011 a 2016, cerca de 1.173.418 casos de violências interpessoais ou autoprovocadas, das quais 42% tiveram relação com casos de automutilação e tentativas de suicídio⁽⁴⁾.

Em face das demandas de saúde relacionadas às tentativas de suicídio, estudos mostram que os serviços inseridos na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), podem se constituir como portas de entrada para as ações relativas à saúde mental, o que faz com que esses se tornem lócus privilegiados para o cuidado no comportamento suicida. Estudo mexicano mostra a necessidade de avaliação psicológica e psiquiátrica em todos os casos atendidos por tentativas de suicídio em um hospital geral de alta complexidade, a fim de se determinar possíveis fatores de risco⁽⁵⁾. Pesquisa semelhante também foi realizada em Fortaleza, Ceará, Brasil, com 360 vítimas de tentativa de suicídio atendidas na emergência geral de um hospital de grande porte, nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), na Atenção ao usuário de álcool/drogas (CAPSad), na Assistência à criança/adolescente (CAPSi) e Projeto de Apoio à Vida (PRAVIDA)⁽⁶⁾.

A RAPS, instituída pela Portaria nº 3.088, tem o objetivo de articular ações e serviços em diferentes níveis de complexidade, comprometendo-se com um modelo de atenção em saúde mental que assegure o acesso e acompanhamento contínuo às urgências e emergências⁽⁷⁻⁸⁾. Entretanto, estudos sinalizam para as dificuldades de acesso e funcionamento inadequado dos serviços da RAPS, especialmente nos CAPS, que passam por problemas frequentes relativos à lotação de pacientes atendidos e à falta de psiquiatras, o que compromete o cuidado quanto à continuidade do tratamento, aumentando as chances de sucessivas internações dos usuários⁽⁹⁾, bem como de atos suicidas. Para além das dificuldades estruturais enfrentadas nos serviços da RAPS, ainda é possível se deparar com o estigma e situações de maus tratos e/ou negligência por parte dos profissionais no atendimento às tentativas de suicídio⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Considerando a relevância da qualidade do cuidado ofertado para o processo de auto-organização nos serviços de saúde e bem-estar de pessoas com comportamento suicida, torna-se necessária a compreensão acerca das implicações do atendimento na RAPS no sentido de dar visibilidade aos impactos destas para a saúde mental dos usuários e conseqüentemente redução de pensamentos e atos de suicídio. Nesta perspectiva, delinea-se como objetivo deste estudo: Compreender as implicações das experiências vivenciadas por pessoas com comportamento suicida no processo de cuidado no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial.

Métodos

Trata-se de um estudo qualitativo, ancorado no referencial teórico do Pensamento Complexo e metodologicamente na *Grounded Theory* (GT), conhecida no Brasil como Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). Considerando que este método busca a compreensão dos fenômenos sociais a partir das percepções ou significados das relações e interações entre as pessoas⁽¹²⁾, mostra-se relevante utilizar o Pensamento Complexo de Morin⁽¹³⁾ por este

permitir, através da realidade complexa que envolve as pessoas em risco para o suicídio, a compreensão sobre as implicações dos múltiplos movimentos do não cuidado e do cuidado na pluralidade do comportamento suicida.

Este estudo vincula-se à tese de doutorado intitulada “Cuidado às pessoas com comportamento suicida na Rede de Atenção Psicossocial: modelo teórico fundamentado na *Grounded Theory*”, aprovada sob o parecer de número 1.813.544, do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Para o seu desenvolvimento, foram atendidos os preceitos éticos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo os participantes esclarecidos sobre o objetivo da pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), com o aceite para participação.

Compuseram a amostragem teórica, 33 participantes distribuídos em dois grupos amostrais. O primeiro grupo amostral foi constituído por 18 pessoas – quinze mulheres e três homens - com comportamento suicida em acompanhamento terapêutico e/ou psiquiátrico no Núcleo de Estudo e Prevenção do Suicídio (NEPS). Como critérios de inclusão para os participantes dessa primeira amostragem teórica: idade igual e/ou maior a 18 anos - em cumprimento à habilitação referente aos atos da vida civil, conforme o Código Civil Brasileiro (Lei Nº 10.406, de 10/01/2002, em vigor desde 13/01/2003); em qualquer período de acompanhamento pelo Núcleo de Estudo e Prevenção do Suicídio (NEPS); consideradas emocionalmente estáveis, após avaliação e indicação de profissionais deste serviço. Salienta-se que o NEPS consiste em um serviço ambulatorial especializado no atendimento a pessoas com comportamento suicida, vinculado a um Centro de Informação Toxicológica que integra a Rede Própria da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, em Salvador, Bahia, Brasil.

A questão norteadora foi: Como você significa o cuidado que recebeu de profissionais nos serviços que já buscou por conta de pensamentos de suicídio ou tentativa de suicídio?

Durante o processo analítico, os participantes do primeiro grupo reportaram-se aos significados do cuidado nos atendimentos prestados por profissionais nos seguintes serviços da RAPS: Centros de Atenção Psicossocial, Emergência de Hospital Geral, Núcleo de Estudo e Prevenção do Suicídio, Unidades de Pronto Atendimento, Pronto Atendimento Psiquiátrico e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Isso direcionou as entrevistas para o segundo grupo amostral, composto por 15 profissionais que atuam em serviços da Rede de Atenção Psicossocial.

A análise das entrevistas do primeiro grupo amostral fez emergir a seguinte hipótese: as pessoas com comportamento suicida significam o cuidado prestado por profissionais na Rede de Atenção Psicossocial diante o acolhimento, respeito, não julgamentos e disponibilidade para a escuta. No sentido de confirmar essa hipótese, definiu-se como critérios de inclusão para os participantes da segunda amostragem: ter formação na área de saúde, em nível superior ou técnico; atuar em níveis de assistência e/ou gerencial em, pelo menos, um dos serviços que compõem a RAPS; ter prestado cuidados diretos e/ou indiretos a pessoas com comportamento suicida no âmbito da RAPS. A abertura do diálogo para este grupo partiu da seguinte questão norteadora: Como você percebe o processo de relação e interação no cuidado às pessoas com comportamento suicida no âmbito da RAPS?

Os dados foram coletados por meio de entrevistas abertas e individuais, previamente agendadas por contato telefônico ou e-mail, no período de maio a dezembro de 2017, e registradas por gravação áudio-digital no intuito de preservar, na íntegra, as falas para posterior transcrição. A saturação teórica foi alcançada a partir da repetição de informações, confirmando a ausência de novos elementos para agregar à análise. Salienta-se que, para garantir o anonimato dos participantes, utilizou-se a letra U (usuários) seguida de numeral (Ex.: U₁, U₂, U₃) para a identificação do primeiro grupo; e a letra P (profissionais) seguida da representação dos serviços (Ex.: P_{CAPS}, P_{NEPS}, P_{SAMU}) para o segundo grupo.

O processo de análise seguiu as três etapas apresentadas pelo método: codificação aberta, axial e integração, seguindo o Modelo paradigmático, constituído pelos componentes: Condição, que responde o por que, quando e como o fenômeno se dá; Ação-Interação, que consiste na resposta expressa pelas pessoas aos eventos ocorridos; e Consequência, que expressa os desfechos e resultados previstos ou reais. Os agrupamentos dos códigos deram origem às categorias e subcategorias, definidas e desenvolvidas em suas propriedades e dimensões, permitindo desvelar o fenômeno “Revelando que o cuidado pautado na integralidade e no acolhimento às pessoas com comportamento suicida perpassa por profissionais qualificados e serviços estruturados no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial”⁽¹⁴⁾. Neste recorte, optou-se por ampliar e aprofundar a discussão do componente Consequência, intitulado “Reconhecendo o lugar da RAPS na fragilização ou fortalecimento da pessoa com comportamento suicida”.

Resultados

O componente ‘consequência’ emergiu de duas categorias e seis subcategorias relacionadas às vulnerabilidades e ao fortalecimento das pessoas com comportamento suicida em experiências vivenciadas na RAPS. São elas:

Sentindo-se mais vulnerável ao comportamento suicida

Essa categoria é sustentada por duas subcategorias, que expressam consequências às pessoas com comportamento suicida mediante o não acolhimento por parte dos profissionais da RAPS. Esse evento repercute negativamente na vida das pessoas, deixando-as ainda mais fragilizadas diante das suas condições de sofrimento. Seguem as subcategorias, resultados do não cuidado:

Percebendo-se introspectivos, desmotivados e desesperançosos

Ao buscarem os serviços de saúde e não se perceberem cuidados, os dados sinalizaram que os participantes se tornam mais retraídos, desmotivados e desesperançosos diante da vida, o que os vulnerabiliza para o isolamento e o silêncio de seus pensamentos, bem como a intensificação de suas dores.

Eu não falava mais sobre o que sentia ou pensava para não incomodar as pessoas. [...] eu não conseguia mais expor as minhas dores e já não sabia mais como fazer. (U1).

Não ter sido cuidada deixou marcas muito profundas. [...] não acreditavam no meu sofrimento e a minha dor ficou muito maior [...] eu tinha crises de choro muito profundas. [...] me abatia e me trancava cada vez mais. Eu acreditava que mais nada valia a pena e que a vida não seria diferente, por isso não tinha coragem de dar um passo à frente para tentar mudar a situação. (U4).

O não acolhimento, sobretudo, em condições de adoecimento tende a causar mais sofrimento, intensificando as fragilidades, a descrença em si mesma, os sinais de isolamento e a sensação de solidão [...] não há qualquer tipo de motivação. Muitas vezes, deixa-se de realizar pequenas coisas no seu dia-a-dia, como não tomar banho ou pentear os cabelos. [...] vão definhando, perdendo totalmente o sentido de existir, a capacidade de se sentirem funcionais para a vida. Passam a acreditar que não são dignas de ter algo melhor na vida. (P_{NEPS}).

O não cuidado pode deixar as pessoas mais deprimidas, desestimuladas, muito mais desacreditadas de si e da importância que têm para a vida. (P_{Emergência}).

Notando-se mais susceptível para a recorrência das tentativas de suicídio

Ao não se sentirem cuidados e acolhidos em suas dores, o não existir surge como uma possibilidade de livrar-se do sofrimento intenso. Assim, os pensamentos de morte tendem a surgir com mais frequência, podendo contribuir para a recorrência das tentativas de suicídio e o desfecho efetivo da autodestruição. Nesse sentido, os participantes expressam que ao buscarem pelo serviço de saúde como tática de proteção e cuidado, e não receberem o apoio esperado, o suicídio passa a se apresentar como a única saída.

O não cuidado deixa feridas incuráveis na alma, intensifica a dor e retarda o processo de mudança. Deixa a pessoa mais fragilizada e só aumenta a vontade de não existir, de cometer o suicídio. Eu sei que não

posso culpar “o outro” por minhas escolhas, mas acredito que as palavras de auxílio e conforto podem fazer toda a diferença. (U13).

Quando não se recebe o cuidado, os pensamentos de morte só aumentam. [...] as palavras machucam. A forma como as pessoas falam podem fazer com que a gente queira morrer ainda mais. As tentativas vão ficando cada vez piores e um dia pode terminar acontecendo o suicídio. (U11).

Quando existe um local onde o cuidado não é dado adequadamente e as pessoas não são capacitadas para atender, o que era fator protetor passa a ser outro fator de risco. O não cuidado aumenta os riscos para o suicídio e pode precipitar novas e mais efetivas tentativas. (P_{NEPS}).

Quando a pessoa não recebe o cuidado e não se sente acolhida torna-se ainda mais fragilizada. A sensação é de desmoronar, sendo muito mais fácil que tente suicídio de novo. (P_{PAP}).

Sentindo-se mais fortalecidos com o cuidado na RAPS

Essa categoria, que traduz os resultados do cuidado respeitoso e sensível recebido pelos usuários com comportamento suicida nos serviços de saúde pelos quais percorreram, sustenta-se em quatro subcategorias, a saber:

Motivando-se com o acolhimento e o vínculo

Esta subcategoria desvela que o acolhimento dado aos usuários por parte dos profissionais de saúde faz com estes se percebam valorizados em suas queixas, contribuindo para o compartilhamento de vínculos e favorecendo a adesão e assiduidade nos serviços, bem como a continuidade do tratamento.

Quando a pessoa que tenta suicídio não é humilhada, sempre volta para conversar. Quando os profissionais tratam bem, de forma humanizada, a pessoa volta e continua o tratamento, porque sabe que pode conversar e contar sobre o que sente sem qualquer tipo de problema. (U2).

Eu sou usuária assídua do NEPS, porque eu me sinto cuidada: os profissionais me escutam, acreditam em mim e fazem com que eu me sinta valorizada. Passei a ser usuária assídua do serviço, quando senti que fui tratada com cuidado e respeito. (U9).

Quando conseguimos cuidar, estabelecendo até mesmo articulação com outros serviços, observamos que o paciente adere mais rápido à terapêutica e participa mais assiduamente das consultas e reuniões, facilitando o êxito no tratamento. (P_{CAPS}).

Quando as pessoas recebem uma assistência mais humanizada, sendo ouvidas e acolhidas, sentem-se mais estimuladas. Apesar de nem sempre falarem sobre isso, percebemos que os vínculos se fortalecem. (P_{Emergência}).

Dando novos sentidos à vida

Os dados sinalizaram também que os participantes se sentem mais fortalecidos e encorajados a pensar no futuro e a empreender mudanças na forma de enxergar e viver a vida, vislumbrando assim outras perspectivas diante o sofrimento.

Quando senti que estava sendo cuidada por pessoas que se preocupam comigo, passei a me sentir importante, querida e amada [...] comecei a me sentir capaz de fazer mudanças em minha vida [...] sei que posso olhar para frente e ter confiança em mim mesma [...] sei que existe uma forma de sair do sofrimento e ser feliz [...] tenho esperança que tudo pode ser diferente. (U4).

Hoje eu me sinto super fortalecida. Meu modo de enxergar e viver a vida mudou muito. [...] a minha prioridade é comigo mesma, em ser feliz. (U8).

O cuidado amplia a rede de relações e faz as pessoas sentirem que podem realizar coisas que nem percebiam antes. Começam a acreditar na mudança de perspectivas na sua vida e vão surgindo outras possibilidades, bem como a capacidade de ter sonhos novamente, de aprender coisas que antes achavam impossíveis de realizar. (P_{NEPS}).

Com o cuidado, as pessoas começam a projetar outras perspectivas para a vida: despertam para o desejo de trabalhar, estudar e, sobretudo, de se manterem na vida. (P_{CAPS}).

Despertando para o cuidar de si e de outrem

No transcorrer do tratamento, com o cuidado recebido, os usuários percebem-se mais motivados para cuidar de si e, inclusive, despertam para o cuidado a outras pessoas. Acreditam que, compartilhando de suas experiências, podem diminuir o sofrimento por suas dores e ainda ajudar àqueles que vivenciam situações semelhantes.

O cuidado me ensinou a cuidar de mim e a também ajudar outras pessoas, falando sobre as minhas experiências. Na verdade, cuidar do outro nos faz um grande bem. Falar sobre o que passamos pode ajudar a diminuir o sofrimento de quem ainda sente muita dor. (U7).

O cuidado fez com que eu quisesse ter mais informações sobre o que acontece comigo, e também me direciona a falar para outras pessoas sobre o que eu sinto. Depois do cuidado, eu não me sinto mais exposta, e sei que posso ajudar outras pessoas quando falo sobre as minhas dores. O cuidado me faz enxergar que eu posso ter muitos pesos na minha vida, mas que não preciso carregar todos eles sozinha. Com isso, posso ajudar outras pessoas a lidarem com a dor. (U6).

Muitos que já se sentem melhor, mais aptos a seguir com o tratamento, buscam ajudar outros. Fazendo isso, eles também estarão se ajudando. (P_{PAP}).

Com o tempo, o cuidado vai se tornando mais efetivo e as pessoas começam a perceber que cuidar do corpo é importante, que precisam se arrumar, tomar banho, ter uma boa alimentação, estar atentas aos exames periódicos. (P_{NEPS}).

Percebendo a diminuição de pensamentos e/ou tentativas de suicídio

O acolhimento recebido pelos usuários interfere positivamente em suas vidas, fortalecendo-os e produzindo maior estabilidade emocional, de modo que os pensamentos e/ou tentativas suicidas diminuam ou até mesmo cessam.

Hoje não penso mais em morrer, como antes. [...] sinto-me uma pessoa muito feliz porque sei que recebo o apoio e o cuidado de todos. (U16).

O cuidado que recebo faz com que eu me sinta bem e acolhida. Apesar de ter recaídas e ainda pensar em suicídio, posso dizer que me sinto mais forte e com menos pensamentos de morte. (U15).

O cuidado não faz desaparecer os pensamentos de suicídio, mas, com certeza, diminui a ideação e faz com que se tenha estabilidade por um tempo maior. [...] ajuda a fortalecer, a pensar em estratégias e a ter mais recursos diante os pensamentos de suicídio para que pessoa se erga, se sustente e siga em frente. (P_{CAPS}).

Com o cuidado é possível perceber mudanças no comportamento. Os pensamentos de suicídio podem permanecer, mas as tentativas diminuem. O cuidado pode promover mudanças importantes para a manutenção da vida. (P_{CAPS}).

Discussão

Os dados sugerem que no tecido diversificado dos atendimentos prestado pelos profissionais nos serviços da RAPS, as pessoas com comportamento suicida podem tornar-se fortalecidas ou ainda mais vulneráveis às tentativas de suicídio. Diante dos entraves para acesso à RAPS e/ou o atendimento inadequado por parte dos profissionais, os participantes percebem-se mais introspectivos, desmotivados e desesperançosos. Esses sentimentos contribuem para que se sintam solitários e reflexivos em relação às situações que causaram sofrimento, aumentando as dificuldades em expor suas dores, a exemplo da introspecção.

No processo de introspecção, independente das situações, é comum que as pessoas se tornem mais retraídas, como se a elas fosse negada a auto-organização por meio das possibilidades de crescimento e troca inerentes à complexidade. Isso faz com que não expressem o que sentem ou pensam, abstendo-se do ambiente externo e depauperando relações mais fecundas para o alcance da autonomia e da individualidade que se dão no *complexus*⁽¹³⁾, a partir da compreensão de suas próprias experiências. A introspecção enquanto um dos fatores psicossociais mais significativos no que diz respeito ao “trancar-se em si mesmo” como forma de lidar com a doença também foi evidenciado em pesquisa realizada com 20 pacientes por complicações da anemia falciforme, procedentes da América do Norte, América Central e da África⁽¹⁵⁾.

Para os participantes do estudo, a introspecção surge em face do sofrimento, intensificando as fragilidades, reforçando o isolamento por não se sentirem cuidadas, além da desmotivação e da descrença em si mesmos, tornando-os ainda mais silenciosos e abatidos diante da vida. Situações semelhantes foram narradas por 80 pacientes internados por tentativa de suicídio em um hospital sul-africano, os quais relataram a introspecção pelo sofrimento psíquico relacionado ao “desejo de morte” e ainda a intensificação desse isolamento perante a ausência de cuidados adequados de saúde⁽¹⁶⁾.

Sob a ótica do pensamento complexo⁽¹³⁾, no processo de introspecção tem-se um sistema fechado como em qualquer objeto inanimado, no qual a ausência de fluxo energético provocaria desregulação e rápido enfraquecimento. Assim, em analogia a tal sistema, o sofrimento, acentuado pelo não cuidado, coopera para que os participantes aumentem a desvalorização diante da sua própria existência e potencializem os pensamentos de morte. Esses podem se tornar cada vez mais recorrentes e se manifestam, através das falas, pelo “desejo” de não mais existir e como uma possibilidade de livrar-se da angústia e dores intensas. A intenção suicida em decorrência do sentimento de desvalorização também foi sinalizada por um estudo mexicano, realizado com 13.198 adolescentes, cujos achados apontaram a falta de sentido para a continuidade da vida e a ideação suicida relacionada à baixa autoestima por 25.6% da amostra⁽¹⁷⁾.

Nessa perspectiva, o desequilíbrio instigado pelo não cuidado pode agir enquanto fator de risco para o suicídio. A partir do momento em que o cuidado não ocorre adequadamente, tende-se a precipitar novas e mais efetivas tentativas de suicídio, o que pode culminar no suicídio propriamente dito. Essa situação reforça que, devido à incompreensão e à rejeição em torno da morte, necessário se fazem treinamentos especializados nos serviços de saúde conforme aponta pesquisa francesa, realizada com jovens que tentaram suicídio, quando revela o despreparo profissional, bem como os sentimentos de angústia e impotência ante ao ato suicida⁽¹⁸⁾.

Em que pesem as falas que expressam as vulnerabilidades das pessoas com comportamento suicida, o estudo também revela que, quando acolhidos pelos profissionais, os participantes percebem-se mais respeitados e valorizados em suas dores e, assim, mais fortalecidos. Esse acolhimento se dá pela disponibilidade do profissional para ouvir e acreditar no sofrimento alheio. Tal evidência também foi apreendida em pesquisa brasileira, realizada no Hospital das Clínicas do Triângulo Mineiro, que relaciona o acolhimento, o

respeito e o interesse pelo cuidado por parte dos profissionais, refletindo-se na confiança depositada pelos pacientes na equipe de saúde e conseqüentemente na adesão ao tratamento⁽¹⁹⁾.

Assim sendo, a partir dessa interação entre profissionais e usuários tem-se uma maior aproximação e reconhecimento recíproco que, ao contrário dos sistemas fechados, torna cada vez mais rico e vasto o fenômeno da auto-organização, fazendo com que os usuários retornem para conversar e participem mais assiduamente às consultas, reuniões e/ou quaisquer atividades relacionadas ao seu tratamento. Corroborando, pesquisa internacional sobre vinculação em saúde, realizada com 119 respondentes, mostrou que 67% dos participantes consideraram que as interações positivas entre profissionais e usuários facilitaram a boa comunicação, a empatia e principalmente o valor do cuidado centrado no paciente, favorecendo assim o sentimento de confiança relacionado ao tratamento e adesão à terapêutica⁽²⁰⁾.

Nessa perspectiva, o acolhimento e o vínculo revelam-se como práticas de um sistema auto-eco-organizador que remonta, de complexidade em complexidade⁽¹³⁾, o cuidado em saúde. Conforme os dados, dessa forma, os usuários se sentem mais felizes, encorajados e capazes de vislumbrar novas perspectivas. Concordando, estudos internacionais sobre acolhimento e interação, envolvendo pacientes psiquiátricos, profissionais de saúde e estudantes revelou que a partir das interações positivas em saúde, os pacientes demonstraram mais felicidade e entusiasmo, incluindo o encorajamento para lidar melhor com as limitações relacionados ao adoecimento, contribuindo assim, para o direcionamento de novas expectativas diante da vida^(21,22). Assim sendo, a desmotivação e a desesperança, mencionadas como conseqüências do não cuidado, dão lugar ao estímulo e ao desejo que, finalmente, ajustados a indivíduos reflexivos quanto à sua própria existência e habilidosos para empreenderem mudanças às suas vidas, pode abrir-se a realidades diferentes. Como

consequência, atividades que antes pareciam impossíveis de realizar tornam-se alcançáveis, despertando-os para o trabalho, para os estudos e para a continuidade da vida.

Implicações positivas, relacionadas à melhora na autoestima, com estímulos para compreender melhor o adoecimento e promoverem mudanças na forma de pensar e agir, sobretudo, relacionadas à discriminação quanto à doença também foram observadas em 40 pacientes diagnosticados com esquizofrenia, no Hospital Psiquiátrico Vrapče, Zagreb, Croácia. Após os cuidados recebidos na psicoterapia de grupo, esses pacientes sentiram-se mais empoderados e esperançosos diante da vida^(23,24).

Somando-se a isso, os dados revelam ainda que, com o cuidado recebido, os usuários percebem-se mais integrados e motivados para o cuidar de si, expresso na preocupação com a continuidade do tratamento, atentando-se para a realização de exames, retomando o cuidado com a aparência e abertos para um eventual progresso na concepção complexa da noção vibrante de sujeito, a partir das ações, interações e retroações com o meio. O desenvolvimento do autocuidado após o período de adaptação ao tratamento, bem como a motivação para a melhora da autoimagem também foram destacados em estudo realizado com 33 mulheres ostomizadas atendidas em um Centro de Referência no Rio Grande do Norte, Brasil⁽²⁵⁾.

Com o tempo e os estímulos que recebem, os participantes passam a querer mais informações sobre o que sentem e, a partir do que apreendem sobre o cuidado, também desejem compartilhar suas experiências com outras pessoas que vivenciam situações semelhantes de sofrimento, como em um processo dinâmico e contínuo, a fim de ajudar a diminuir suas dores. O desejo de compreender sobre o adoecimento, com repercussões para o autocuidado, e o compartilhamento de experiências no sentido de prevenir ou evitar o sofrimento em outrem também foi evidenciado em pesquisa brasileira sobre prevenção do pé-diabético⁽²⁶⁾.

No caso dos usuários deste estudo, à medida que se sentiram mais fortalecidos pelo cuidado e com a noção de organização que vai além das necessidades meramente biológicas, os pensamentos e/ou tentativas de suicídio diminuem ou cessam. Os dados desvelam que o comportamento suicida pode não desaparecer, mas com o cuidado é possível reduzir a ideação suicida, tendo-se mais recursos para que a pessoa se erga, sustente-se e siga em frente, promovendo assim, mudanças importantes para a manutenção da vida. Pesquisa realizada com 473 mulheres e 207 homens em um hospital dia da Cracóvia, na Polônia, mostrou a redução ou cessação da ideação suicida após 12 meses de cuidados psicoterápicos em grupo e individual, com êxito para 84,3% das mulheres e 77,5% dos homens⁽²⁷⁾.

Diante das implicações da qualidade do cuidado no âmbito da RAPS para o bem-estar das pessoas com comportamento suicida, cabe ressaltar do papel fundamental dos profissionais que atuam nos espaços de saúde. Desta forma, urge uma gestão que prime pela implementação de práticas pautadas na integralidade, no protagonismo dos usuários e na promoção do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial⁽²⁸⁾, com vistas ao desafio do pensamento complexo independente das infinitas possibilidades de desintegração e de organização.

Conclusão

O estudo sinaliza que, ao não se sentirem cuidados na RAPS, os participantes percebem-se introspectivos, desmotivados e desesperançosos, o que os torna mais ‘fechados’ em si mesmos, fazendo-os, conseqüentemente, exporem menos ou nada sobre seus anseios e expectativas em decorrência de uma visão reducionista de mundo. Assim sendo, as condutas de negligência e desrespeito praticadas por profissionais que deveriam estar disponíveis para o cuidado, reforçam a sensação de desalento e a falta de motivos para continuar a vida,

acarretando em mais vulnerabilidades para o suicídio, sobretudo considerando que os participantes já apresentam um sofrimento psíquico, evidenciado pelo comportamento suicida.

O estudo mostrou ainda que em situações de acolhimento, disponibilidade e escuta interessada e consequente vinculação entre profissionais e usuários tem-se o sentimento de valorização e melhora da autoestima. Com isso, as pessoas abrem-se para as infinitas possibilidades dos sistemas complexos, sentem-se mais fortalecidas, protegidas e felizes, acreditam que são capazes de pensar em novos caminhos e sentidos para a vida, despertam para o cuidado consigo mesmas e para com outros, a ponto de reduzirem os pensamentos de morte e/ou as tentativas de suicídio.

Nessa perspectiva, é possível compreender a importância de profissionais bem preparados e qualificados para o cuidado às pessoas em risco de suicídio. Para isso, torna-se imprescindível o direcionamento de ações que instiguem, no âmbito dos serviços que integram a Rede de Atenção Psicossocial, práticas de cuidado respeitosas e sensíveis às dores do outro, como foram sinalizadas enquanto comportamentos inerentes aos profissionais no serviço de referência.

Embora limite-se por não estabelecer relação de causa-efeito no que tange às implicações da qualidade de cuidado na RAPS, tendo-se em vista a natureza da pesquisa e a multicausalidade do comportamento suicida, que comporta a harmonia na desarmonia, o estudo alerta para a necessidade de uma gestão em saúde comprometida com o acolhimento e o cuidado às pessoas em risco de suicídio. Disponibiliza, portanto, subsídios para a sensibilização de gestores e profissionais, contribuindo para a reflexão acerca de estratégias de prevenção do suicídio no âmbito da atenção psicossocial.

Referências

1. Curtin SC, Warner M, Hedegaard H. Increase in Suicide in the United States, 1999-2014. NCHS Data Brief. [Internet]. 2016 [cited 2018 Jan 28]; (241):1-8. Available from: <https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db241.pdf>
2. apps.who.int/gho [Internet]. World Health Organization. Global Health Observatory (GHO) data. Suicide rates (per 100 000 population); c2015 [cited 2018 Feb 15]. Available from: <apps.who.int/gho/data/node.imr.SDGSUICIDE?lang=en>
3. Silveira RE, Santos AS, Ferreira LA. Impact of morbi - mortality and expenses with suicide in Brazil from 1998 to 2007. Rev. Pesqui. Cuid. Fundam. [Internet]. 2012 [cited 2018 Jan 10]; 4(4):3033-42. Available from: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1859/pdf_662
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. [Internet]. 2017 [cited 2018 Jan 15]; 48(30):1- 15. Available from: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>
5. Reyes-Tovilla JE, Hernández-Yáñez HD, Juárez-Rojop I, Tovilla-Zárate CA, López-Narváez L, Villar-Soto M, et al. Evaluación psicológica de la agresividad impulsiva/predeterminada y factores asociados: Un estudio transversal en usuarios de los servicios de salud en Tabasco, México. Rev. Psiquiatr. Salud ment. [Internet]. 2016 [cited 2018 Jan 15]; 39(1):19-24. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252016000100019
6. Oliveira MIV, Bezerra Filho JG, Gonçalves-Feitosa RF. Tentativas de suicídio atendidas em unidades públicas de saúde de Fortaleza-Ceará, Brasil. Rev. Salud pública. [Internet]. 2014 [cited 2018 Jan 20]; 16(5):683-96. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v16n5/v16n5a04.pdf>
7. bvsms.saude.gov.br [Internet]. Ministério da Saúde (Brasil): Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011; c2011 [cited 2018 Mar 02]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
8. Burgos MS, Carvalho JF, Chagas WAB. Reformul(ação) da saúde mental: experiência de profissionais implicados na implantação de leitos de atenção integral. Psicol. hosp. (São Paulo). [Internet]. 2016 [cited 2018 Jan 30]; 14(1):27-52. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092016000100003&lng=pt&nrm=iso
9. Ramos DKR, Guimarães J, Mesquita SKC. Dificuldades da rede de saúde mental e as reinternações psiquiátricas: problematizando possíveis relações. Cogitare Enferm. [Internet] 2014 [cited 2018 Jan 30]; 19(3):553-60. Available from: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/35382/23243>
10. Andrade TM, Ronzani, TM. A estigmatização associada ao uso de substâncias como obstáculo à detecção, prevenção e tratamento. In: Ministério da Justiça e Cidadania: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Módulo 1: O uso de substâncias psicoativas no Brasil

11ed. Brasília: 2014. (Mar 02, 2018). Available from:

https://www.supera.senad.gov.br/@/material/mtd/pdf/SUP/SUP_Mod1.pdf

11. Dória AR, Faro A. Estigma em pacientes admitidos em urgência/emergência por tentativa de suicídio: análise de estudantes e profissionais da saúde a partir de casos hipotéticos. *Salud & Sociedad*. [Internet]. 2017 [cited 2018 Jan 30]; 8(3):200-15 Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/4397/439754607001.pdf>

12. Cunha KS, Andrade SR, Erdmann AL. Enfermeiro Gestor Universitário: Uma Teoria Fundamentada nos dados. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2018 [cited 2018 Mar 08]; 26, e2980. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/pt_0104-1169-rlae-26-e2980.pdf

13. Morin E. *Introdução ao pensamento complexo*. 5 ed. Porto Alegre (RS): Sulina; 2015.

14. Corbin J, Strauss A. *Basics of Qualitative Research*. 4 ed. Thousand Oaks, CA: Sage. 2015.

15. Umeh NI, Ajegba B, Buscetta AJ, Abdallah KE, Minniti CP, Bonham VL. The psychosocial impact of leg ulcers in patients with sickle cell disease: I don't want them to know my little secret. *PLoS ONE*. [Internet]. 2017 [cited 2018 Mar 08]; 12(10): e0186270. Available from: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0186270>

16. Bantjes J. Don't push me aside, Doctor: Suicide attempters talk about their support needs, service delivery and suicide prevention in South Africa. *Health Psychol Open*. [Internet]. 2017 [cited 2018 Mar 09]; 4, e2. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2055102917726202>

17. Chavez-Ayala R, Orozco-Núñez E, Sánchez-Estrada M, Hernández-Girón C. Violencia y salud mental asociados a pensar o haber intentado emigrar internacionalmente por adolescentes mexicanos. *Cad. Saúde Pública*. [Internet]. 2017 [cited 2018 Mar 11]; 33(6):e00119516 . Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2017000600501&script=sci_abstract&tlng=es

18. Lachal J, Sibeoni MOJ, Moro MR, Revah-Levy A. Metasynthesis of Youth Suicidal Behaviours: Perspectives of Youth, Parents, and Health Care Professionals. *PLoS ONE*. [Internet]. 2015 [cited 2018 Mar 14]; 10(5): e0127359. Available from: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0127359>

19. Silva PL, Paiva L, Faria VB, Ohl RIB, Chavaglia SRR. Acolhimento com classificação de risco do serviço de Pronto-Socorro Adulto: Satisfação do usuário. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2016 [cited 2018 Mar 14]; 50(3):427-433. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n3/pt_0080-6234-reeusp-50-03-0427.pdf

20. Maunder RG, Hunter JJ. Can patients be “attached” to healthcare providers? An observational study to measure attachment phenomena in patient-provider relationships. *BMJ Open*. [Internet]. 2016 [cited 2018 Mar 15]; 6: e011068. Available from: <http://bmjopen.bmj.com/content/6/5/e011068>

21. Palacios-Ceña D, Martín-Tejedor EA, Elías-Elispuru A, Garate-Samaniego A, Pérez-Corrales J, García-García E. The impact of a short-term cohousing initiative among schizophrenia patients, high school students, and their social context: A qualitative case study. *PLoS ONE*. [Internet]. 2018 [cited 2018 Mar 19]; 13(1): e0190895. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190895>
22. Drake RE, Whitley R. Recovery and severe mental illness: Description and analysis. *Can J Psychiatry*. [Internet]. 2014 [cited 2018 Mar 19]; 59(5):236-42. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4079142/>
23. Štrkalj Ivezić S, Sesar MA, Mužinić L. Effects of a group psychoeducation program on self-stigma, empowerment and perceived discrimination of persons with schizophrenia. *Psychiatr Danub*. [Internet]. 2017 [cited 2018 Mar 19]; 29(1): 66-73. Available from: https://pdfs.semanticscholar.org/c420/6e61f17825cd07e1258e5bb69f6d99c7c18c.pdf?_ga=2.225648472.339744267.1525491342-1587932015.1525491342
24. Al-Harrasi A, Maqbal MA, Al-Sinawi H. Surviving a Suicide Attempt. *Oman Med J*. [Internet]. 2016 [cited 2018 Mar 19]; 31(5): 378–380. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4996965/?report=classic>
25. Sena RMC. Correlação entre imagem corporal e autoestima em pessoas com ostomias intestinais. Natal. Dissertação [Mestrado em Psicologia] - Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2015.
26. Bezerra FS, Castro FM, Cesconetto PJSS, Arruda CAM, Fernandes VO, Aragão ML, et al. Os cuidados essenciais com os pés: percepções de diabéticos ulcerados. *Cadernos ESP (Ceará)*. [Internet]. 2014 [cited 2018 Mar 19]; 8(2): 1-11. Available from: <http://www.esp.ce.gov.br/cadernosesp/index.php/cadernosesp/article/view/195/92>
27. Rodziński P, Sobański JA, Rutkowski K, Cyranka K, Murzyn A, Dembińska, et al. Effectiveness of therapy in terms of reduction of intensity and elimination of suicidal ideation in day hospital for the treatment of neurotic and behavioral disorders. *Psychiatr. Pol*. [Internet]. 2015 [cited 2018 Mar 19]; 49(3): 489–502. Available from: http://www.strona.ppol.nazwa.pl/uploads/images/PP_3_2015/ENGver489Rodzinski_PsychiatrPol2015v49i3.pdf
28. Zeferino MT, Cartana MHF, Fialho MB, Huber MZ, Bertencello KCG. Percepção dos trabalhadores da saúde sobre o cuidado às crises na Rede de Atenção Psicossocial. *Esc Anna Nery*. [Internet]. 2016 [cited 2018 Mar 20]; 20(3):e20160059. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n3/1414-8145-ean-20-03-20160059.pdf>

5.5. Artigo 4

CUIDADO ÀS PESSOAS COM COMPORTAMENTO SUICIDA NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: ESTUDO EM *GROUNDED THEORY*

*Artigo em processo de organização de normas para submissão

RESUMO

Objetivo: Construir uma matriz teórica a partir dos significados das ações e interações experienciadas no cuidado às pessoas com comportamento suicida no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. **Método:** Estudo com abordagem qualitativa, ancorado no referencial metodológico da *Grounded Theory* e no aporte teórico do Paradigma da Complexidade. Os dados foram coletados de maio a dezembro de 2017, a partir de entrevistas com 18 pessoas em acompanhamento por comportamento suicida e 15 profissionais da Rede, divididos em dois grupos amostrais. O processo analítico foi construído com base no Modelo Paradigmático por meio dos componentes condição, ação-interação e consequência. **Resultados:** Os dados revelam o comportamento suicida como motivo para a busca de cuidado no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, o qual perpassa por inadequações estruturais e organizacionais até posturas profissionais desrespeitosas. A partir dos movimentos de ação-interação com os profissionais ratifica-se o lugar da Rede nas situações de fragilização e/ou fortalecimento às pessoas em risco de suicídio, com impactos para a maior vulnerabilização e/ou ressignificação do suicídio enquanto saída para o sofrimento. **Conclusão:** Ao desvelar o fenômeno “Revelando que o cuidado pautado na integralidade e no acolhimento às pessoas com comportamento suicida perpassa por profissionais qualificados e serviços estruturados no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial”, o estudo elucida a necessidade de uma gestão no direcionamento de políticas públicas de prevenção do suicídio em todo o cenário nacional.

Descritores: Cuidado; Comportamento Autodestrutivo; Enfermagem; Teoria Fundamentada nos Dados; Saúde Mental.

INTRODUÇÃO

O comportamento suicida consiste em um grave problema de saúde pública devido os índices de morbimortalidade e repercussões sobre a produtividade econômica. A magnitude e complexidade do fenômeno requer uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) estruturada, com profissionais qualificados para o cuidado na atenção psicossocial, no sentido de prevenir as tentativas de suicídio e o suicídio.

Tanto as tentativas de suicídio quanto o suicídio consumado constituem-se expressões do comportamento suicida, o qual se inicia por pensamentos e/ou ideias de morte, busca por métodos e planos sobre como concretizá-la, além de intentos contra a própria vida¹. Essas características também foram assinaladas em estudos realizados com pessoas que tentaram

suicídio, das quais 60% revelaram ter pensado em se matar pelo menos uma vez na vida e 6,8% declararam história prévia de tentativa de suicídio².

Estima-se que, em todo o mundo, um milhão de pessoas morrem anualmente por suicídio, sendo este a segunda maior causa de óbito entre os jovens de 15 a 29 anos. No Brasil, a frequência com que ocorrem essas mortes é tão elevada que o país atualmente atinge o oitavo lugar no *ranking* mundial de países com mais números de suicídios^{3,4}. Outro aspecto que chama atenção, são as tentativas de suicídio, que registraram cerca de 62.804 casos entre os anos de 2011 a 2016⁵.

Importante também mencionar os impactos do comportamento suicida para a produtividade econômica do país. O custo relacionado ao atendimento a pessoas que tentaram suicídio no ano de 2001 foi equivalente a cerca de R\$ 1,3 bilhão, sendo tal causa a terceira que mais onera os cofres públicos brasileiros considerando as demais expressões de causas externas⁶. Corroborando acerca dos gastos econômicos, dados apontam o suicídio e as tentativas como responsáveis pelas maiores taxas de internações por causas externas, com custo médio de mais de R\$1 milhão de reais⁷.

Dentre as possíveis causas que corroboram para a elevação nos índices de morbimortalidade relacionados aos eventos suicidas encontram-se, as formas inadequadas de tratamento e apoio às pessoas afetadas pelo comportamento suicida, sendo urgente a necessidade de políticas públicas efetivas para a prevenção do agravo⁵. Nesse contexto, a Reforma Psiquiátrica brasileira ganha lugar de destaque por ampliar o olhar para os conceitos de saúde a partir de uma compreensão complexa do processo saúde-doença, elegendo territórios como espaços para a produção de cuidados às pessoas em sofrimento psíquico e favorecendo investimentos na articulação intersetorial, instituindo assim, a Rede de Atenção Psicossocial⁸.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída em 2011 pela Portaria nº 3.088, propõe um modelo de atenção em saúde mental a partir de articulações de ações e serviços em diferentes níveis de complexidade com fins no acesso e promoção de direitos ancorado no convívio social⁹. Partindo do pressuposto que o cuidado favorece a redução dos pensamentos e intentos suicidas, o estudo objetiva construir uma matriz teórica a partir dos significados das ações e interações experienciadas no cuidado às pessoas com comportamento suicida no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial.

MÉTODO

Estudo com abordagem qualitativa, ancorado no referencial metodológico da *Grounded Theory* (GT) ou Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) e aporte teórico do Paradigma da Complexidade. A *Grounded Theory* busca apreender os fenômenos sociais a partir dos significados emergidos das relações e interações entre os indivíduos¹⁰, ao passo em que o Paradigma da Complexidade possibilita, por meio da realidade complexa que envolve tais indivíduos, compreender as vivências instituídas socialmente¹¹. Amplia-se assim a lente para o contexto do cuidado às pessoas em risco de suicídio no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial.

Vinculada à tese de doutorado intitulada “Cuidado às pessoas com comportamento suicida na Rede de Atenção Psicossocial: modelo teórico fundamentado na *Grounded Theory*”, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética sob parecer de nº 1.813.544. A coleta de dados iniciou-se após esclarecimentos acerca do estudo, em respeito aos preceitos éticos da Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e posterior assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Entrevistas semiestruturadas foram utilizadas para a coleta de dados, no período de maio a dezembro de 2017, após o agendamento prévio por e-mail ou contato telefônico com os 33 participantes que compuseram a amostragem teórica dividida em dois grupos amostrais. Buscando a transcrição das falas na íntegra, utilizou-se o recurso áudio-digital nas entrevistas, sendo estas realizadas em local reservado e de escolha do entrevistado.

Constituíram o primeiro grupo amostral 18 pessoas acompanhadas – quinze mulheres e três homens - por comportamento suicida no Núcleo de Estudo e Prevenção do Suicídio (NEPS), serviço ambulatorial especializado no atendimento às pessoas com risco para o suicídio, vinculado a um Centro de Informação Toxicológica da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), em Salvador, Bahia, Brasil. Como critérios de inclusão: maioria - igual e/ou maior a 18 anos - em cumprimento aos atos da vida civil previstos no Código Civil Brasileiro (Lei Nº 10.406, de 10/01/2002, em vigor desde 13/01/2003); em qualquer período de acompanhamento no Núcleo de Estudo e Prevenção do Suicídio (NEPS), desde que considerados estáveis emocionalmente pelos profissionais deste serviço.

A partir da questão norteadora “Como você significa o cuidado prestado por profissionais nos serviços que já buscou por conta de pensamentos de suicídio ou tentativa de suicídio?”, os participantes do primeiro grupo amostral fizeram emergir a seguinte hipótese: as pessoas com comportamento suicida significam o cuidado prestado por profissionais na Rede de Atenção Psicossocial diante o acolhimento, respeito, não julgamentos e

disponibilidade para a escuta. No intuito de confirmar a hipótese emergida, iniciou-se a abertura do diálogo com o segundo grupo a partir da questão “Como você percebe o processo de relação e interação no cuidado às pessoas com comportamento suicida no âmbito da RAPS?”.

O segundo grupo amostral, direcionado pela coleta e análise concomitante dos dados da primeira amostragem, foi composto por 15 profissionais representativos das áreas de enfermagem, serviço social, psicologia, psiquiatria e terapia ocupacional atuantes em diferentes serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial: Núcleo de Estudo e Prevenção do Suicídio (NEPS), emergência de hospital geral, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Pronto Atendimento Psiquiátrico (PAP) e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Os critérios de inclusão para esse grupo foram: ser profissional de saúde, em nível superior ou técnico; ter atuação assistencial e/ou gerencial em, no mínimo, um dos dispositivos que da RAPS; ter prestado cuidados diretos e/ou indiretos a pessoas com comportamento suicida no âmbito da RAPS.

A repetição de informações acerca do fenômeno confirmou a ausência de novos elementos relevantes à análise e consolidação das categorias e subcategorias, obtendo-se a saturação teórica dos dados. Na perspectiva de garantir o anonimato dos participantes, utilizou-se a letra U (usuários) seguida de numeral (Ex.: U₁, U₂, U₃) para a identificação do primeiro grupo amostral; e a letra P (profissionais) seguida da representação dos serviços (Ex.: P_{CAPS}, P_{NEPS}, P_{SAMU}) para o segundo grupo amostral.

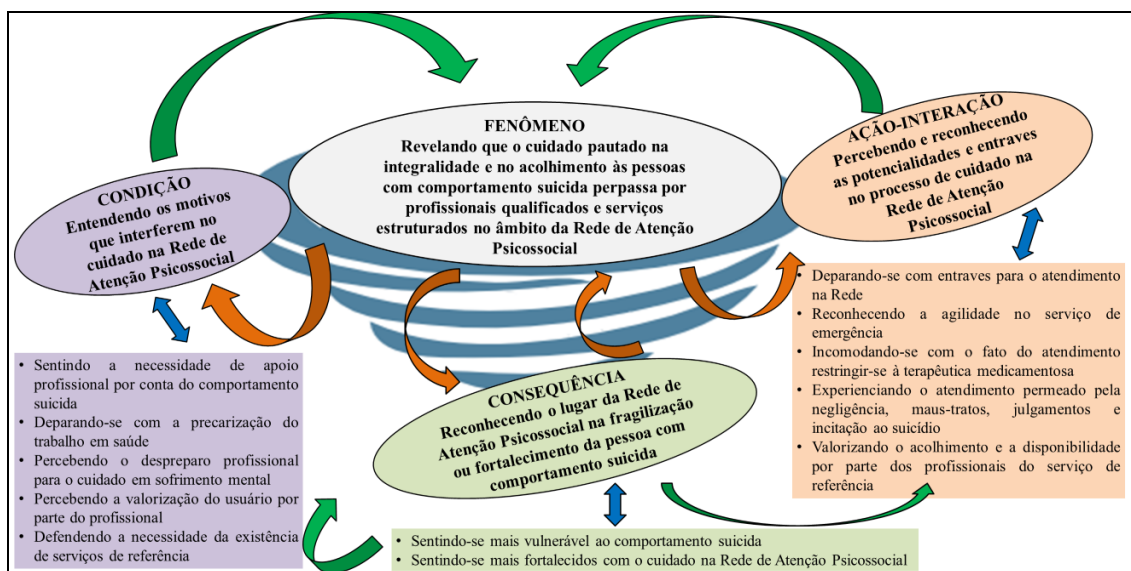
Salienta-se que o processo de análise seguiu as etapas de codificação aberta, codificação axial e integração propostas pelo método, com a construção do Modelo Paradigmático constituído pelos componentes: condição – responde aos motivos pelos quais os fenômenos ocorrem, sendo assinalados por ações; ação-interação – são as respostas expressas por pessoas ou grupos aos eventos ou situações, contribuindo constantemente para dar significado aos movimentos; e consequência – expressa desfechos previstos ou reais, efeitos das ações-interações¹⁰.

A análise dos componentes, bem como as relações, associações e interações entre as categorias e subcategorias deram origem à categoria central, emergindo o fenômeno “Revelando que o cuidado pautado na integralidade e no acolhimento às pessoas com comportamento suicida perpassa por profissionais qualificados e serviços estruturados no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial”.

RESULTADOS

Os componentes que constituíram a matriz teórica do modelo paradigmático, possibilitando o surgimento do fenômeno “Revelando que o cuidado pautado na integralidade e no acolhimento às pessoas com comportamento suicida perpassa por profissionais qualificados e serviços estruturados no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial” foram: Condição, Ação-Interação e Consequência. Estes se apresentam de forma inter-relacionada, conforme ilustra a figura 1.

Figura 1 – Modelo Teórico da Teoria Substantiva



Condição

O componente condição “Entendendo os motivos que interferem no cuidado na Rede de Atenção Psicossocial”, sustentado por cinco categorias, expressa os motivos dados pelas pessoas para a busca de atendimento e o acesso à RAPS, bem como para o (não) cuidado por parte dos profissionais.

Na primeira categoria “Sentindo a necessidade de apoio profissional por conta do comportamento suicida”, os pensamentos ou tentativas de suicídio revelam-se como a única saída para o sofrimento psíquico insuportável, mostrando-se como indutores da busca por atendimento na RAPS.

Eu não tinha vontade de viver. É uma falta de vontade que vem de dentro e que só faz pensar em morrer. Para não viver mais assim, cortei os pulsos e tomei vários medicamentos. Minha mãe me levou para a emergência e lá fizeram uma lavagem estomacal. A partir daí, comecei um tratamento psiquiátrico e psicológico. (U2).

A categoria “Deparando-se com a precarização do trabalho em saúde” evidencia a falta de condições para o atendimento em saúde no âmbito da RAPS, com impactos negativos no cuidado prestado pelos profissionais. Assim, a precarização do trabalho em saúde, expressa nos baixos salários e consequente acúmulo de empregos, além do número insuficiente de recursos humanos para demandas elevadas de atendimento suscitabiliza usuários ao adoecimento.

A falta de condições de trabalho também pode causar estresse e interferir negativamente no atendimento por parte dos profissionais. Infelizmente, o que vejo são baixos salários, funcionários com mais de um emprego e serviços desorganizados. [...] muitas vezes, os profissionais atendem de forma muito rápida, porque são muitos atendimentos no dia, principalmente nos serviços públicos. **(U7)**.

“Percebendo o despreparo profissional para o cuidado em sofrimento mental” remete à percepção da falta de preparo dos profissionais para lidar com o sofrimento psíquico. Este perpassa pela visão estereotipada do suicídio como loucura e por sua desvalorização enquanto agravo à saúde.

Os profissionais não estão preparados para tratar o sofrimento mental. Acham que é frescura, maluquice ou para chamar atenção. **(U16)**.

Em “Percebendo a valorização do usuário por parte do profissional”, os participantes referem o cuidado a partir da compreensão, respeito e valorização do profissional no que tange às histórias e projetos de vida de cada um. Esses remetem ao cuidado que vai além da técnica e perpassam por uma escuta atenta e sem julgamentos.

É preciso dar atenção ao outro, falar sobre projetos de vida. Olhar somente para a técnica pode engessar o cuidado. **(PCAPS)**.

Na categoria “Defendendo a necessidade da existência de serviços de referência”, os participantes apontam para a importância de serviços especializados como referência de cuidado às pessoas em sofrimento mental e em risco para o suicídio. Isso ocorre porque com a existência de instituições com *expertise* para esse cuidado, a priori estariam mais disponíveis profissionais melhor qualificados, não só para o acolhimento a pessoas com comportamento suicida como também para capacitar outros serviços da RAPS.

É necessário criar serviços e articular equipes que atendam de forma especializada, com profissionais capacitados para entender as demandas dos indivíduos. Profissionais especializados, tratando de forma diferenciada, com mais cuidado e atenção, com certeza oferecerão um tratamento que poderá melhorar a vida das pessoas. **(P_{SAMU})**.

Ação-Interação

O componente ação-interação “Percebendo e reconhecendo as potencialidades e entraves no processo de cuidado na Rede de Atenção Psicossocial” emergiu de cinco categorias e seis subcategorias que expressam a complexidade para o cuidado às pessoas com comportamento suicida no âmbito da RAPS, a partir das relações e interações entre usuários e profissionais.

Na primeira categoria “Deparando-se com entraves para o atendimento na Rede”, os participantes assinalam os obstáculos para o atendimento nos serviços que integram a RAPS, alertando para a ausência de protocolos que norteiem o fluxo e a regulação de pacientes com comportamento suicida.

Não há um fluxo normatizado para a saúde mental e suicídio. Temos uma grande dificuldade com a Central Estadual de Regulação, quando se trata de tentativas de suicídio. Como não conseguimos transferir o paciente para a continuidade da assistência em outros serviços, o médico termina dando alta depois de 24h ou 72h. **(P_{UPA})**.

A segunda categoria “Reconhecendo a agilidade no serviço de emergência” aponta para a celeridade dos atendimentos realizados pelas equipes de urgência/emergência, segundo avaliação do quadro clínico, o que sugere não necessariamente a compreensão acerca da gravidade das tentativas de suicídio.

Em relação aos casos de suicídio, acredito que os serviços de urgência e emergência dão prioridade de atendimento. Mas, os casos são classificados e as condutas são definidas, a depender do quadro clínico. Se demandar maior gravidade, o atendimento é imediato. **(P_{PAP})**.

A terceira categoria “Incomodando-se com o fato do atendimento restringir-se à terapêutica medicamentosa” mostra as queixas dos participantes em relação a condutas profissionais que se restringiram à medicalização da doença.

Eu fui atendida por uns dois anos em um Centro Terapêutico de Saúde Mental. Eu levava minhas queixas, o psiquiatra me receitava sem nem olhar nos meus olhos e eu retornava com sessenta dias. (U7).

A quarta categoria “Experienciando o atendimento permeado pela negligência, maus-tratos, julgamentos e incitação ao suicídio” expressa o quanto os participantes, ao buscarem os serviços da RAPS sentem-se negligenciados em suas dores e, quando atendidos, sofrem com as condutas de maus tratos, julgamentos e de incitação ao suicídio por parte dos profissionais por meio das subcategorias, a saber:

Inquietando-se com a negligência no atendimento mostra a negligência diante da pessoa que tenta suicídio, evidenciando a falta de atenção, de interesse e, até mesmo, de compromisso por parte dos profissionais.

Quando eu tentei suicídio pela primeira vez, passei quase 24h na emergência de um hospital público. Essa foi a pior experiência de atendimento [...] nenhum profissional deu atenção para o que eu estava passando. [...] quando a gente quer morrer, é para não sofrer mais. Mais sofrimento era tudo o que eu não precisava naquela hora. (U9).

Inquietando-se com os maus-tratos por parte dos profissionais ilustra o mal-estar experienciado em decorrência das posturas inadequadas, desrespeitosas e, por vezes, ostensivas praticadas pelos profissionais, sugerindo punições às pessoas que tentaram o suicídio.

O comportamento dos colegas me incomoda. Já vi passarem uma sonda mais calibrosa para a lavagem gástrica, sem qualquer tipo de lubrificação. [...] como se quisessem punir e aumentar o sofrimento da pessoa que está naquela situação. (PEmergência).

Inquietando-se com o julgamento por parte dos profissionais revela que as palavras proferidas pelos profissionais de saúde às pessoas que atentam contra a própria vida sinalizam para a não compreensão do suicídio enquanto um ato dor.

Infelizmente os julgamentos são reais. Eu já vi colegas dizendo que a pessoa quis se matar porque “devia estar precisando namorar”, que “estava tentando se matar por besteira” ou que “quem quer se matar não avisa”. (PSAMU).

Em *Percebendo a incitação do suicídio pelo profissional*, os participantes se deparam com falas que parecem desvalorizar a gravidade do adoecimento psíquico, sobretudo quando lhes são apresentadas táticas que assegurem o “sucesso” do ato suicida.

No hospital, quando entrei no consultório, a médica pegou a bolsa e disse que o plantão dela tinha terminado e que se eu quisesse morrer, que morresse. [...] ouvi muitas vezes que eu deveria ter tomado uma dose cavalariça de medicamentos ou me jogado na frente de um carro. A depressão continuou! (U1).

Em *Sentindo-se acolhidos por parte dos profissionais do serviço de referência*, o cuidado é percebido por todos os participantes deste estudo por meio de uma assistência humanizada, sensível, livre de julgamentos e pautada no respeito por parte dos profissionais do NEPS, que atuam em equipe e de forma harmônica.

Os profissionais do NEPS, independente da formação, têm um olhar diferenciado para o cuidado relacionado ao comportamento suicida. Há um entendimento de que é necessário estar interessado em ouvir a história das pessoas para compreender a complexidade das situações. (P_{NEPS}).

Reconhecendo a disponibilidade do profissional do serviço de referência remete ao reconhecimento do interesse e da disponibilidade por parte dos profissionais do serviço de referência em promover uma escuta sensível, atenta, contínua e disponível às pessoas com comportamento suicida, independentemente do horário que seja demandado pelo usuário.

Essa disponibilidade para atender em outros momentos ou tirar dúvidas fora do horário de trabalho é um grande diferencial. Entender a necessidade que as pessoas podem ter nos momentos de angústia só reforça o compromisso profissional, ético e humano com os pacientes. (P_{Emergência}).

Consequência

O componente consequência - “Reconhecendo o lugar da RAPS na fragilização ou fortalecimento da pessoa com comportamento suicida”, emergiu de duas categorias e seis subcategorias relacionadas às vulnerabilidades e fortalecimento atribuídos ao processo do cuidado às pessoas com comportamento suicida nos atendimentos prestados por profissionais da RAPS.

A primeira categoria “Sentindo-se mais vulnerável ao comportamento suicida” é sustentada por duas subcategorias, que expressam consequências do não acolhimento às pessoas com comportamento suicida por parte dos profissionais da RAPS. Esse evento repercute negativamente na vida das pessoas, deixando-as ainda mais vulneráveis perante as condições de sofrimento. Seguem as subcategorias:

Em *Percebendo-se introspectivos, desmotivados e desesperançosos*, os dados sinalizam que os participantes, ao buscarem os serviços de saúde e não se perceberem cuidados tornam-se mais retraídos, desmotivados e desesperançosos diante da vida, o que os vulnerabiliza para o isolamento e o silêncio de seus pensamentos, bem como a intensificação de suas dores.

O não acolhimento tende a causar mais sofrimento, intensificando as fragilidades, a descrença em si mesma, os sinais de isolamento e a sensação de solidão [...] vão definhando, perdendo totalmente o sentido de existir, a capacidade de se sentirem funcionais para a vida. Passam a acreditar que não são dignas de ter algo melhor na vida. **(P_{NEPS})**.

Notando-se mais susceptível para a recorrência das tentativas de suicídio revela que os participantes, por não se sentirem cuidados e acolhidos em suas dores, enxergam no não existir uma possibilidade de livrar-se do sofrimento intenso. Assim, os pensamentos de morte tendem a surgir com mais frequência, podendo contribuir para a recorrência das tentativas de suicídio e o desfecho efetivo da autodestruição.

Quando não se recebe o cuidado, os pensamentos de morte só aumentam. [...] as palavras machucam. A forma como as pessoas falam podem fazer com que a gente queira morrer ainda mais. **(U11)**.

A segunda categoria “Sentindo-se mais fortalecidos com o cuidado na RAPS” traduz os resultados do cuidado respeitoso e sensível recebido pelos usuários com comportamento suicida nos serviços de saúde pelos quais percorreram, sustenta-se em quatro subcategorias, a saber:

Motivando-se com o acolhimento e o vínculo desvela que o acolhimento dado aos usuários por parte dos profissionais de saúde faz com estes se percebam valorizados em suas queixas, contribuindo para o compartilhamento de vínculos e favorecendo a adesão e assiduidade nos serviços, bem como a continuidade do tratamento.

Quando a pessoa que tenta suicídio não é humilhada, sempre volta para conversar. Quando os profissionais tratam bem, de forma humanizada, a pessoa volta e continua o tratamento, porque sabe que pode conversar e contar sobre o que sente sem qualquer tipo de problema. **(U2)**.

Dando novos sentidos à vida sinaliza que por meio do cuidado recebido, os participantes se sentem mais fortalecidos e encorajados a pensar no futuro e a empreender mudanças na forma de enxergar e viver a vida, vislumbrando assim outras perspectivas diante o sofrimento.

Quando senti que estava sendo cuidada por pessoas que se preocupam comigo, passei a me sentir importante, querida e amada [...] comecei a me sentir capaz de fazer mudanças em minha vida [...] sei que posso olhar para frente e ter confiança em mim mesma [...] sei que existe uma forma de sair do sofrimento e ser feliz [...] tenho esperança que tudo pode ser diferente. **(U4)**.

Despertando para o cuidar de si e de outrem mostra que no transcorrer do tratamento, com o cuidado recebido, as usuárias percebem-se mais motivadas para cuidar de si e, inclusive, despertam para o cuidado a outras pessoas. Acreditam que, compartilhando de suas experiências, podem diminuir o sofrimento por suas dores e ainda ajudar àqueles que vivenciam situações semelhantes.

O cuidado me ensinou a cuidar de mim e a também ajudar outras pessoas, falando sobre as minhas experiências. Na verdade, cuidar do outro nos faz um grande bem. Falar sobre o que passamos pode ajudar a diminuir o sofrimento de quem ainda sente muita dor. **(U7)**.

Percebendo a diminuição de pensamentos e/ou tentativas de suicídio remete que o acolhimento recebido pelos usuários interfere positivamente em suas vidas, fortalecendo-as e produzindo maior estabilidade emocional, de modo que os pensamentos e/ou tentativas suicidas diminuem ou até mesmo cessam.

O cuidado não faz desaparecer os pensamentos de suicídio, mas, com certeza, diminui a ideação e faz com que se tenha estabilidade por um tempo maior. [...] ajuda a fortalecer, a pensar em estratégias e a ter mais recursos diante os pensamentos de suicídio para que pessoa se erga, se sustente e siga em frente. **(PCAPS)**.

A partir do processo de análise constante e integração sistemática dos dados emergidos dos componentes condição, ação-interação e consequência, sustenta-se o fenômeno do estudo: “Revelando que cuidado pautado na integralidade e no acolhimento às pessoas com comportamento suicida perpassa por profissionais qualificados e serviços estruturados no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial”.

DISCUSSÃO

Os dados revelam que o comportamento suicida se anuncia como motivo para a busca de atendimento na RAPS. Tal comportamento, imbuído por uma complexa teia de eventos, apresenta-se em geral de forma gradativa e progressiva, iniciando-se por ideias e/ou pensamentos de morte; planejamentos acerca da própria morte, incluindo o interesse por

buscar métodos letais; tentativas de suicídio; tomada de providências pós-morte, a exemplo das cartas de despedida; até a morte propriamente dita, com o desfecho do suicídio¹.

Considerando a busca por atendimento nos serviços da RAPS e, muitas vezes, o risco iminente de morte em decorrência das tentativas de suicídio, os participantes do estudo elogiaram a celeridade dos atendimentos realizados pelas equipes de pronto atendimento. Pesquisas mostram que, nos cenários de urgência/emergência, os profissionais tendem a atuar imediatamente na prestação de cuidados, principalmente em circunstâncias que sinalizem maior gravidade, nas quais se aumentam as possibilidades do risco de morte^{12,13}.

Contudo, perante a célere atuação dos serviços de urgência/emergência nos quadros relacionados às tentativas de suicídio, os dados sinalizam a preocupação das equipes quanto à estabilização do quadro clínico, e não necessariamente quanto à compreensão acerca da gravidade do comportamento suicida, remetendo-nos a um paradigma da simplificação que, de forma cega, separa, arbitrariamente, o sujeito do tecido complexo de suas realidades. Dessa forma, ainda que todos os procedimentos sejam adotados para a estabilização do quadro físico nos momentos iniciais de atendimento, chama-se atenção para a importância de competências que avaliem, além das condições físicas, os recursos psíquicos e sociais que ofereçam vulnerabilidades para o adoecimento, como no caso das tentativas de suicídio¹⁴.

Nesse sentido, a necessidade de atenção para o sofrimento mental anunciado pelo comportamento suicida, apresenta-se como condição *sine qua non* para a valoração da integralidade da assistência e do cuidado em todos os contextos no âmbito do Sistema Único de Saúde. Tal integralidade remete-nos a uma visão de cuidado que busca compreender o ser humano em todas as suas dimensões, distanciando-se da lógica reducionista, disjuntiva, fragmentada e organicista que se opõe aos princípios do SUS^{15,16} e tenta suprimir o princípio da *Unitas multiplex* valorada pelo pensamento complexo¹¹. Sendo assim, na perspectiva de conferir legitimidade ao SUS, salienta-se, cada vez mais, por uma concepção ampliada que considere os indivíduos em seus aspectos biopsicossociais, em superação a uma visão que se concentra, sobretudo, na materialização física da doença, desafiando-nos a um conhecimento basilado no paradoxo entre o uno e o múltiplo, comportado por um princípio dialógico e translógico de constituintes heterogêneos inseparavelmente associados¹¹.

Ainda no tocante à acepção do paradigma simplificador, os dados apontam para o incômodo que os participantes do estudo demonstram diante de condutas profissionais que se restringem à medicalização, em alusão a um modelo que parece validar a saúde como o oposto de doença, em consonância com o paradigma biomédico hegemônico, ainda suscitado nos espaços de formação e assistência à saúde. Estudos revelam que embora os avanços nos

modelos de atenção em saúde no Brasil, tem-se ainda como grande desafio, a consolidação de práticas que estejam em sintonia com os princípios do SUS, seja durante a formação e/ou no exercício profissional, devido à representação enraizada de paradigmas cartesianos e dominantes resultantes de todo um processo histórico-social, onde se insere o modelo medicalizante^{17,18}.

Para além do entendimento reducionista restrito à medicalização, os participantes denunciam que, por muitas vezes, as condutas profissionais são permeadas pela negligência, maus-tratos, julgamentos e incitação ao suicídio¹⁹. Tais práticas perpassam por ações desrespeitosas e passíveis de implicações que norteiam os códigos e valores éticos de todas as profissões da saúde²⁰, além de criminalização civil prevista no artigo 122 do código penal brasileiro, que considera crime todo e qualquer ato de indução, instigação ou auxílio ao suicídio²¹.

Os dados revelam ainda o desagrado dos participantes com relação à visão estereotipada da loucura, que resume o comportamento suicida à necessidade de chamar atenção e conclama, mais uma vez, por uma teorização fechada que provoca uma visão de mundo classificacional, reducionista e de causalidades lineares. Com isso, revela-se a postura incoerente e inadequada de profissionais que, *a priori*, deveriam ocupar-se do cuidado, e não do favorecimento de maiores suscetibilidades ao adoecimento de pessoas que buscam por ajuda nos serviços de saúde. Tal atribuição de estereótipos negativos marca as pessoas e, muitas vezes, pode desencadear sentimentos de exclusão e marginalização que contribuem, dentre outros, para o distanciamento do convívio social, fazendo com que o evento suicida seja configurado como o fato mais representativo de suas histórias de vida^{22,23}.

Assim, em face de posturas profissionais inapropriadas para a ocorrência do cuidado, os dados reconhecem o lugar da RAPS na fragilização ou fortalecimento de pessoas com comportamento suicida, emergidos do componente 'consequência'. Em relação à fragilização, os dados assinalam que diante do não acolhimento por parte dos profissionais na atenção psicossocial, o sofrimento das pessoas com comportamento suicida tende a ser intensificado, aumentando o sentimento de solidão e a descrença em si, fazendo com que o sujeito se isole do ecossistema da vida (natural, social, familiar) e se feche nas intransponíveis dificuldades do solipsismo. Tais percepções de desvalorização e de falta de sentido para a continuidade da existência impactam negativamente sobre a autoestima, fazendo-as acreditar que não são dignas de uma vida com menos sofrimento e aumentando a suscetibilidade para a recorrência dos pensamentos de morte, tentativas de suicídio e suicídio^{24,25}, aniquilando-se completamente da realidade empírica.

Para além dos processos de ação-interação e motivos que interferem na assistência, os participantes atribuem aos impactos negativos à inoperância dos serviços da RAPS. Esta se apresenta pela desorganização dos serviços, número insuficiente de profissionais e, conseqüentemente, falta de qualidade no cuidado prestado, uma vez que os atendimentos, em decorrência das altas demandas, ocorrem de forma muito rápida, denotando assim, a precarização do trabalho em saúde. Corroborando, pesquisas apontam que as altas demandas de atendimento, a grande quantidade de pacientes em situações críticas, a falta de estrutura dos serviços e a baixa capacitação das equipes retratam deficiências que podem impactar diretamente na qualidade do cuidado prestado, refletindo-se, por vezes, em um cuidado impessoal e pouco humanizado^{26,27}.

Somada à precarização do trabalho, os dados alertam como entraves para o cuidado na Rede de Atenção Psicossocial, a inexistência de protocolos e fluxos normatizados para o atendimento, referenciamento e contra-referenciamento para o cuidado em saúde mental e comportamento suicida. Tal situação sinaliza para um grave problema na estruturação da Rede, uma vez que dificulta a operacionalidade dos serviços, impede a continuidade do tratamento e cronifica a sensação de imobilização entre todos os envolvidos, sejam profissionais e/ou usuários²⁸.

Todas essas situações, somadas ao despreparo profissional acerca do sofrimento psíquico e do *complexus* em torno do comportamento suicida, acabam por comprometer ainda mais o cuidado aos usuários. No tocante a isso, estudos alertam sobre o auto reconhecimento dos técnicos de saúde acerca do despreparo para lidar com o caráter multidimensional do comportamento suicida, com apontamentos que vão desde déficits no processo de formação até o desconforto emocional suscitado, sobretudo, pelas tentativas de suicídio, visto que, muitas vezes, sentem-se desafiados diante do ‘desejo’ de morte^{14,13,29}.

Em que pesem às críticas aos atendimentos nos serviços da RAPS, os dados também apontam para situações de cuidado, muitas das quais atribuídas à equipe do serviço de referência. Nesse sentido, o cuidado é significado pelos participantes por meio de ações que transcendem a técnica, atentando-se para a existência do outro e colaborando para novas perspectivas de vida. Esse cuidado, reflexo do princípio dialógico, foi percebido como o resultado da escuta sensível em relação aos problemas do outro e, sobretudo, na postura isenta de julgamentos por parte dos profissionais, o que, independentemente das emoções e/ou fragilidades suscitadas, demonstra além da compreensão acerca do processo dinâmico e integrador que envolve os sujeitos em todas as suas ações, relações, interações e retroações, o sentimento de empatia em relação às demandas e problemas trazidos pelos usuários³⁰.

Salienta-se, nesse contexto, que nem todos os profissionais que atuam na RAPS mostraram-se negligentes, com posturas ostensivas e/ou transgressoras do cuidado. Vale ressaltar que todos os participantes reconheceram o acolhimento e a disponibilidade dos profissionais do serviço de referência como possibilidades para uma assistência humanizada, sensível e pautada no respeito. Essa percepção de acolhimento, segurança, humanização e sensibilidade do profissional como foco para o cuidado também foi demonstrado em estudo acerca dos significados de segurança no atendimento por parte de pessoas com comportamento suicida³¹.

Diante da compreensão do cuidado em face do comportamento suicida, como apontado nas ações dos profissionais do serviço de referência, os participantes defendem a existência de serviços especializados, cooptando-nos para possibilidades de viragem paradigmática do pensamento simplificador. Com isso, ter-se-ia profissionais preparados para o acolhimento e qualificação de outros profissionais e serviços, em face da organização e gerenciamento desses serviços, bem como suas potências de atuação na construção de espaços de aprendizagem impulsionadores da qualidade do cuidado prestado na Rede^{32,33}.

Na perspectiva do cuidado, contrapondo-se às consequências decorrentes do não acolhimento e cuidado na RAPS, os participantes mostram-se mais fortalecidos e encorajados a novas perspectivas de vida quando respeitados em suas demandas, sentindo-se mais satisfeitos, entusiasmados e encorajados para lidar com as limitações do adoecimento, frustrações^{34,35} e, sobretudo, cientes da multiplicidade de identidades, personalidades e sonhos que acompanham suas vidas.

Dessa forma, observa-se o estabelecimento de vínculos com os profissionais, com possibilidades de enxergar saídas para a continuidade da vida, com motivação para o cuidado consigo mesmas e para com outros que ainda apresentam intenso sofrimento por suas dores. Todos esses elementos culminam em fatores de proteção em relação aos atos suicidas, diminuindo a ideação e/ou tentativas e fortalecendo a construção de estratégias para que as pessoas em risco de suicídio alcancem maior estabilidade emocional para se erguer e seguir em frente, ainda que não desapareça o comportamento suicida³⁶.

CONSIDERAÇÕES

O estudo propõe a construção de uma matriz teórica a partir dos significados das ações e interações experienciadas no cuidado às pessoas com comportamento suicida, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. Essas evidenciam a tentativa de suicídio como evento-ápice para a busca de apoio nos serviços de saúde, principalmente nos de urgência/emergência.

Entretanto, ainda que os dados apontem para a assistência imediata ofertada às pessoas com comportamento suicida nos serviços de pronto atendimento, chama atenção para prioridades relacionadas à estabilização do quadro clínico diante da gravidade dos casos, e não necessariamente para a tentativa de suicídio. Salienta-se assim para o pensamento simplificador que desconecta o sujeito de suas realidades existenciais e o despreparo profissional diante de uma noção limitada do humano em suas dimensões biopsicossociais. Tal pensamento dificulta o reconhecimento do sofrimento psíquico e a urgência do cuidado em face do comportamento suicida, sinalizando para ações mutiladoras impressas por um modelo de assistência que confere inteligibilidade à doença, com práticas de medicalização do sofrimento como a forma mais adequada de tratamento.

Considerando as formas de tratamento que as pessoas com comportamento suicida receberam nas ações-interações com os profissionais, bem como os serviços pelos quais passaram, os dados alertam para situações que vão desde inadequações estruturais e organizacionais até posturas profissionais desrespeitosas. Em virtude das dificuldades de atendimento e das condutas profissionais de julgamento, maus tratos e, até mesmo, incitação ao suicídio, os dados apontaram ainda, para a maior vulnerabilidade ao comportamento suicida, com recorrência das tentativas de suicídio. Tal situação nos faz refletir acerca do lugar da Rede de Atenção Psicossocial na fragilização e/ou fortalecimento do cuidado às pessoas em risco de suicídio.

Em relação ao fortalecimento, os dados sinalizaram para a ocorrência do cuidado diante do acolhimento e do vínculo postulados pelo princípio dialógico e translógico da complexidade, principalmente nos atendimentos do serviço de referência. Desta forma, contribui-se para o vislumbre de novos sentidos à vida e o cuidado para consigo mesmas e para com outros, com percepções positivas para a máquina viva - auto-organizada – que, ao alcançar a estabilidade emocional, reduz as possibilidades de suicídio como saída do sofrimento.

Nesse sentido, ao apontar o fenômeno “Revelando que o cuidado pautado na integralidade e no acolhimento às pessoas com comportamento suicida perpassa por profissionais qualificados e serviços estruturados no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial”, o estudo elucida a necessidade de uma gestão no direcionamento de políticas públicas de prevenção do suicídio em todo o cenário nacional.

REFERÊNCIAS

1. Gvion Y, Horesh N, Levi-Bel Y, Apter A. A proposed model of the development of suicidal ideations. *Comprehensive Psychiatry* [Internet]. 2015 Jan [cited 2018 May 2]; 56:93-102p. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010440X14002752?via%3Dihub>
2. Veras JLA, Silva TPS, Katz CT. Funcionamento familiar e tentativa de suicídio entre adolescentes. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental* [Internet]. 2017 Jul [cited 2018 Jul 28]; 9(22), 70-82p. Available from: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/viewFile/3593/5002>
3. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. *Boletim Epidemiológico* [Internet]. 2017 Sep [cited 2018]; 48(30): 2-14. Available from: encurtador.com.br/cejHX
4. Associação Brasileira de Psiquiatria. Suicídio: informando para prevenir. Associação brasileira de psiquiatria, comissão de estudos e prevenção de suicídio. Brasília: CFM/ABP, 2014.
5. WHO. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. Luxembourg, 2014. Disponível em: <http://goo.gl/UXSLxe>. Acesso: 10/04/15
6. Goncalves LRC, Goncalves E, Oliveira JLB. Determinantes espaciais e socioeconômicos do suicídio no Brasil: uma abordagem regional. *Nova economia*. [Internet] 2011 [cited 2018 May 7]; 21(2)281-316p
7. Costa RA, Badaró MMI. Formação interprofissional em saúde e o acolhimento a situações limites: compreensão do fenômeno do suicídio. *Mental* [Internet]. 2017 [cited 2018 Mar 20]; 11(21)378-95. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272017000200006&lng=pt&nrm=iso
8. Jeanine Maria Sobral Nunes, 2 José Maria Ximenes Guimarães, 3 José Jackson Coelho Sampaio. A produção do cuidado em saúde mental: avanços e desafios à implantação do modelo de atenção psicossocial territorial. *Physis* [Internet] 2016 [cited 2018 May 2]; (4)26. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312016000401213&lng=pt&tlng=pt
9. Brasil. Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 444 p.: il. Disponível em: <http://goo.gl/y43eIJ>. Acesso em: 17 de ago. 2013.
10. Corbin J, Strauss A. *Basics of Qualitative Research*. Thousand Oaks, CA: Sage, 2015.
11. Morin E. *Introdução ao pensamento complexo*. 5ª ed. Porto Alegre (RS): Editora Sulina; 2015.

12. Reisdorfer N, Araujo GM, Hildebrandt LM, Gewehr TR, Nardino J, Leite MT. Suicídio na voz de profissionais de enfermagem e estratégias de intervenção diante do comportamento suicida. *Rev Enferm UFSM* [Internet]. 2015 Jun [cited Feb 20, 2018]; 5(2):295-304. Available from: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/16790/pdf>
13. Oliveira GC, Schneider JF, Santos VBD, Pinho LB, Piloti DFW, Lavall E. Cuidados de enfermagem a pacientes com risco de suicídio. *Cienc Cuid Saude* [Internet]. 2017 Jun [cited 2018 May 5]; 16(2). Available from: <http://ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/37182>
14. Oliveira1 CT, Collares LA, Noal MHO, Dias ACG. Percepções de uma equipe de saúde mental sobre o comportamento suicida. *Gerais, Rev Interinst Psicol* [Internet]. 2016 Jun [cited Feb 06, 2018]; 9(1):78-89. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v9n1/v9n1a07.pdf>. 14
15. Estratégias de cuidado utilizadas por terapeutas ocupacionais em centros de atenção psicossocial1 Francine Baltazar Assad, Luiz Jorge Pedrão, Cleber Tiago Cirineu Cad. Ter. Ocup. [Internet] 2012 [cited May 19]; 24(4) 743-753p.
16. Vedana KGG, Magrini DF, Zanetti ACG, Miasso AI, Borges TL, Santos MA. Attitudes towards suicidal behaviour and associated factors among nursing professionals: A quantitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health* [Internet] 2017 [cited 2018 May 8]; (9)24 651-659p. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jpm.12413>
17. Trapé TL, Campos RO The mental health care model in Brazil: analyses of the funding, governance processes, and mechanisms of assessment *Rev. Saúde* [Internet] 2017 [cited Jul 29]. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000100211
18. Silva MVS, Miranda GBN, Andrade MA. Sentidos atribuídos à integralidade: entre o que é preconizado e vivido na equipe multidisciplinar. *Comunicação saúde educação* [Internet] 2017 [cited May 17]; 21(62):589-599p. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n62/1807-5762-icse-1807-576220160420.pdf>
19. Silva EAO, Ferreira WFS, Vasconcelos CR, Dutra EA. Atitudes dos profissionais da enfermagem frente ao risco de suicídio na emergência hospitalar. *Revista Saúde e Desenvolvimento* [Internet] 2017 [cited May 9]; 11(7). Available from: <https://www.uninter.com/revistasauade/index.php/sauadeDesenvolvimento/article/view/715/40>
20. Cano-Langreo M, Cano-Langreo S, Cicirello-Salas A, López-López M, Aguilar-Vela. Marco actual del suicidio e ideas suicidas en personal sanitario. *Med. segur. Trab.* [Internet] 2017 [cited May 9]; 234(60). Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2014000100015
21. Santos BMM, Ribeiro LGG, Castro MF. Direito penal e constituição. [Internet] 2015 Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito. Available from: <https://www.conpedi.org.br/publicacoes/66fsl345/393xa7s7/K17h9B8o6pFxz4N2.pdf>

22. Silva TPS, Sougey EB, Silva J. Estigma social no comportamento suicida: reflexões bioéticas. *Rev Bioét.* [Internet]. 2015 Aug [cited Jan 14, 2018]; 23(2):416-23. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v23n2/1983-8034-bioet-23-2-0419.pdf>
23. Dória AR, Faro A. Estigma em pacientes admitidos em urgência/emergência por tentativa de suicídio: análise de estudantes e profissionais da saúde a partir de casos hipotéticos. *Salud & Sociedad.* [Internet]. 2017 [cited 2018 Jan 30]; 8(3):200-15 Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/4397/439754607001.pdf>
24. Lachal J, Sibeoni MOJ, Moro MR, Revah-Levy A. Metasynthesis of Youth Suicidal Behaviours: Perspectives of Youth, Parents, and Health Care Professionals. *PLoS ONE.* [Internet]. 2015 [cited 2018 Mar 14]; 10(5): e0127359. Available from: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0127359>
25. Chavez-Ayala R, Orozco-Núñez E, Sánchez-Estrada M, Hernández-Girón C. Violencia y salud mental asociados a pensar o haber intentado emigrar internacionalmente por adolescentes mexicanos. *Cad. Saúde Pública.* [Internet]. 2017 [cited 2018 Mar 11]; 33(6):e00119516 . Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2017000600501&script=sci_abstract&tlng
26. Vidal CEL, Gontijo ED. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. *Cad. Saúde Colet.* [Internet]. 2013 [cited May 11]; 21(2):108-114p. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414462X2013000200002&script=sci_abstract&tlng=pt
27. Farias KKR, Bezerra WC. Condições institucionais e estratégias de enfrentamento da precarização do trabalho por terapeutas ocupacionais em hospitais públicos. *Cad. Ter. Ocup* [Internet]. 2016 [cited 2018 Feb 5]; 24(2):235-46. Available from: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1108/709>
28. Miranda L, Oliveira TFK, Santos CBT. Estudo de uma Rede de Atenção Psicossocial: Paradoxos e Efeitos da Precariedade. *Psicol. cienc. prof.* vol.34 no.3 Brasília July/Sept. 2014. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932014000300592
29. Yvonne F. Awenat, Currie Moore, Patricia A. Gooding, Fiona Ulph, Aisha Mirza, Daniel Pratt, Improving the quality of prison research: A qualitative study of ex-offender service user involvement in prison suicide prevention research. *Health Expect* [Internet] 2018 [cited Jun 8]; 21(1):100–109p. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5750753/>
30. Sonia de Alcântara Müller(1); Gerson Pereira(2); Regina Basso Zanon(3). Estratégias de prevenção e pósvenção do suicídio: Estudo com profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. *Revista de Psicologia da IMED* [Internet] 2018 [cited jun 8]; 9(2):6-23p. Available from: <https://seer.imed.edu.br/index.php/revistapsico/article/view/1686/1510>
31. Berg SH, Rørtveit K, Walby FA, Aase K. Safe Clinical Practice for Patients Hospitalised in a Suicidal Crisis: a Study Protocol for a Qualitative Case Study Berg et al. *BMC Health*

- Services Research [Internet] 2017 [cited Jun 29]; 17(73). Available from:
<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12913-017-2023-8>
32. Abrahão AL, Azevedo FFM, Gomes MPC. A produção do conhecimento em Saúde Mental e o Processo de Trabalho no Centro de atenção psicossocial. *Trab Educ Saúde* [Internet]. 2017 Apr [cited 2018 Apr 25]; 15(1):55-7. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S198177462017000100055&script=sci_abstract&tlng=p
33. Eslabão AD, Coimbra VCC, Kantorski LP, Pinho LB, Santos EO. Rede de cuidado em saúde mental: visão dos coordenadores da estratégia saúde da família. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2017 Mar [cited 2018 Jan 15]; 38(1). Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472017000100418&script=sci_abstract
34. Palacios-Ceña D, Martín-Tejedor EA, Elías-Elisporu A, Garate-Samaniego A, Pérez-Corrales J, García-García E. The impact of a short-term cohousing initiative among schizophrenia patients, high school students, and their social context: A qualitative case study. *PLoS ONE*. [Internet]. 2018 [cited 2018 Mar 19]; 13(1): e0190895. Available from:
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190895>
35. Drake RE, Whitley R. Recovery and severe mental illness: Description and analysis. *Can J Psychiatry*. [Internet]. 2014 [cited 2018 Mar 19]; 59(5):236-42. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4079142/>
36. Dunster-Page CA, Berry K, Wainwright L, Haddock G. An exploratory study into therapeutic alliance, defeat, entrapment and suicidality on mental health wards. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2018 Mar; 25(2):119-130. Doi: 10.1111/jpm.12444. Epub 2017 Dec 19. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubm>

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No início desta tese, ao escrever sobre a minha aproximação com a temática, já sabia que desenvolver uma matriz teórica acerca do cuidado às pessoas em risco de suicídio seria uma tarefa desafiadora. Entretanto, a pesquisa trouxe-me amadurecimento para apreender e capturar muitos dos significados impressos pelo sofrimento psíquico, encorajando-me a compartilhar as experiências que proporcionaram a empatia para o cuidado. Sendo assim, farei, nesse momento, algumas considerações referentes ao conjunto de resultados apresentados, abordando as principais descobertas, limitações e recomendações advindas dos achados deste estudo.

A partir do Componente Condição, o estudo sinaliza que o adoecimento psíquico, evidenciado por recorrentes pensamentos e/ou tentativas de suicídio, mobiliza as pessoas à busca por apoio profissional nos serviços da RAPS, fazendo-as perceber, em muitos momentos, que o ambiente precário e desorganizado dos serviços de saúde compromete a assistência e corrobora para o desgaste dos profissionais. Uma vez inseridos nos serviços de saúde, as relações entre usuários e profissionais revelam no componente ação-interação obstáculos peculiares a uma visão simplificadora e unidimensional dos fenômenos humanos, que vão desde a ausência de protocolos que orientem para o cuidado na atenção psicossocial até condutas profissionais permeadas pela negligência, julgamentos e pautadas na medicalização.

Por outro lado, em contraponto às inúmeras barreiras para o cuidado e as experiências de negligência vivenciadas, os dados mostram a existência de espaços implicados com o processo do cuidado, a exemplo do serviço especializado no atendimento às pessoas com comportamento suicida, sobre o qual os participantes do estudo valorizaram a disponibilidade, preocupação, acolhimento, interesse e respeito às histórias de vida de cada usuário. Dessa forma, ainda que no componente consequências tenham sido abordados aspectos que reforcem a sensação de desalento e a falta de motivos para continuidade da vida, acarretando em mais vulnerabilidades para o suicídio, os dados mostram que em situações de acolhimento, disponibilidade e escuta interessada, com consequente vinculação entre profissionais e usuários, tem-se o sentimento de valorização e melhora da autoestima.

Em consonância com o cuidado, os participantes sinalizaram a necessidade de mais unidades de saúde especializadas na assistência às pessoas em sofrimento mental e comportamento suicida, haja vista a existência de apenas um serviço público de referência no atendimento às pessoas em risco de suicídio em todo o país: o NEPS. Nessa perspectiva, faz-

se necessária a compreensão acerca da importância de profissionais qualificados e serviços melhor estruturados para a atenção psicossocial, como desafios à complexidade na atenção psicossocial.

Embora revele fatores que interferem no cuidado às pessoas com comportamento suicida na RAPS da terceira maior capital brasileira, o estudo limita-se por não ser representativa de todos os serviços que compõem a RAPS e também pela extensão da pesquisa, sem comparações com dispositivos da Rede em outros municípios e unidades federativas. Entretanto, disponibiliza subsídios para o direcionamento de ações estratégicas que assegurem o cuidado às pessoas com comportamento suicida e quiçá um plano nacional de prevenção do suicídio.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, V.C; LOPES, M.V.O; DAMASCENO, M.M.C. Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum. **Rev Esc Enferm USP**; 39(2): 202-210 2005. Disponível em: <http://goo.gl/MdReU7>. Acesso: 20/03/15.

ANTUNES, P.B et al. Eletroconvulsoterapia na depressão maior: aspectos atuais. **Rev Bras Psiquiatria**; 31(Supl I): 26-33, 2009. Disponível em: <http://goo.gl/E7mJ5B>. Acesso: 02/04/15.

BAGGIO, M.A.; ERDMANN, A.L. Teoria fundamentada nos dados ou *Grounded Theory* e o uso na investigação em Enfermagem no Brasil. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 3, n. 3, p. 177-185, 2011.

BAUER M. et al. **Diretrizes da World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) para tratamento biológico de transtornos depressivos unipolares, 1ª parte: tratamento agudo e de continuação do transtorno depressivo maior**. Disponível em: <http://goo.gl/mBIBVE>. Acesso em: 20/04/15.

BERTOLOTE, J.M; MELLO-SANTOS C; BOTEAGA, N.J. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. **Rev Bras Psiquiatr**; 32(Supl 2): 87-95, 2010.

BOTEAGA, N.J. **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. 2ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2006.

BRASIL. **Portaria GM Nº 1.077, de 24 de agosto de 1999**. Disponível em: PortariaGM_1999_1077.pdf. Acesso em: 08/08/15.

BRASIL. **Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 96 p.: il. – (Série Cadernos de Atenção Básica; n. 8) – (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 131).

BRASIL. **Presidência da República Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos**. Lei Nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Disponível em: <http://goo.gl/qrHYkB>. Acesso em: 08/08/15.

BRASIL. **Resolução CFM Nº 1.640/2002**. Disponível: <http://goo.gl/mZVMmI>. Acesso: 10/04/15.

BRASIL. **Lei Nº 10.708, de 31 de julho de 2003**. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.708.htm. Acesso em: 10/04/15.

BRASIL. **Decreto Nº 5.055, de 27 de abril de 2004**. Disponível: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2004/decreto-5055-27-abril-2004-531808-publicacaooriginal-13848-pe.html>. Acesso: 10/04/15.

BRASIL. **Portaria Nº 1.876, de 14 de agosto de 2006**. Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio. Disponível em: <http://goo.gl/baKuy8>. Acesso em: 08/08/15.

BRASIL. **Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006.** Lei Maria da Penha. Disponível em: <http://goo.gl/1nzh3>. Acesso em: 15 abr. 2009.

BRASIL. **Mulheres em situação de violência doméstica e sexual: orientações gerais.** Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde - CODEPPS. São Paulo: SMS, 2007. Disponível em: <https://goo.gl/qjlebe>. Acesso em: 10/01/15.

BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Tempos e Memórias do Feminismo no Brasil.** Brasília: SPM, 2010. 68 p. Disponível em: <http://goo.gl/ns1KLO>. Acesso em: 10/08/15.

BRASIL. **Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 10/08/15.

BRASIL. **Portaria Nº- 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Rede de Atenção Psicossocial.** Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/5202308/4139572/PortariaN3.088RededeAtencaoPsicossocial.pdf>. Acesso em: 10/08/15.

BRASIL. **Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012.** Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 jan. 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html. Acesso em: 10/08/15.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher.** – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 444 p.: il. Disponível em: <http://goo.gl/y43eIJ>. Acesso em: 17/08/13.

BRASIL. **Portaria Nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011.** Serviço residencial terapêutico. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 17/08/13.

BRASIL. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Disponível em: <http://goo.gl/joVV2Q>. Acesso em: 08/08/2015.

BRASIL. **Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012.** Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Álcool, Crack e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 27 jan. 2011. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-121-25--JANEIRO-2012.pdf>. Acesso em: 08/08/2015.

BRASIL. **Portaria nº 856, de 22 de agosto de 2012.** Secretaria de Atenção à Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 ago. 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0856_22_08_2012.html. Acesso em: 08/08/2015.

BRASIL. **Portaria GM/SM nº 148, de 31 de janeiro de 2012.** Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral. Disponível: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148_31_01_2012.html. Acesso em: 08/08/2015.

BRASIL. **Decreto Nº 8.163, de 20 de dezembro de 2013.** Programa Nacional de Apoio ao Associativismo e Cooperativismo Social (Pronacoop Social). Decreto nº 8.163, de 20 de dezembro de 2013. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Decreto/D8163.htm. Acesso em: 08/08/2015.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Programa Nacional para a Saúde Mental. **Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013-2017.** Disponível em: <http://goo.gl/9fqNRb>. Acesso em: 20/09/14.

BRASIL. Portal da Saúde -**Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) 2014.** Disponível em: <http://goo.gl/kMYsVp>. Acesso: 10/04/15.

BRASIL. **Portaria nº 104, de 15 de janeiro de 2014.** Diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0104_15_01_2014.html – Acesso em: 10/02/18.

BRASIL. **Portaria Nº 2.840, de 29 de dezembro de 2014.** Programa de Desinstitucionalização. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2840_29_12_2014.html. Acesso em: 10/02/18.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_suporte_basico_vida.pdf. Acesso: 10/04/17.

BRASIL. **Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde (SAGE).** Centros de Atenção Psicossocial. Disponível em: <http://sage.saude.gov.br/#> 2017. Acesso: 10/04/17.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil: 2017 a 2020** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério

da Saúde, 2017. Disponível em: https://www.neca.org.br/wpcontent/uploads/cartilha_agenda-estrategica-publicada.pdf. Acesso: 10/04/18.

CARVALHO S. **A morte pode esperar?** 1ed. Salvador: Associação Científica Campo Psicanalítico, 2014.

CAVANAUGH, C.E. Prevalence and Correlates of Suicidal Behavior among Adult Female Victims of Intimate Partner Violence. **Suicide Life Threat Behav.**; 41

CHARMAZ, K. (2009) - **A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa**. Porto Alegre: Artmed.

CHACHAMOVICH, E; STEFANELLO,S; BOTEAGA, N; TURECKI, G. Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio? **Rev Bras Psiquiatria**; 31(Supl I): 18-25, 2009. Disponível em: <http://goo.gl/9F4py3>. Acesso: 10/04/15.

CIPRIANI A. et al. **Depression in adults: drug and physical treatments**. Clin Evid, 1003, 2011. Disponível em: <http://goo.gl/ZA1Jo1>. Acesso: 07/04/15.

CORRÊA H.; BARRERO S.P. Abordagens Psicossociais. In: **Suicídio: uma morte evitável**. Humberto Corrêa e Sérgio Perez Barrero (Org). São Paulo: Editora Atheneu, 2006. 250p.

CORREIA, C.M. **Vivência de Violência Doméstica em Mulheres com Tentativas de Suicídio**. 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

DANTAS, C.C. et al. Teoria fundamentada nos dados - aspectos conceituais e operacionais: metodologia possível de ser aplicada na pesquisa em enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 573-579, 2009.

DINIZ, N.M.F; LOPES, R.L.M; RODRIGUES, A.F. Women who were burned by their husbands or partners. **Acta Paul Enferm.**; 20(3):321-5, 2007. Disponível em:<http://goo.gl/RF958S>. Acesso em: 10/01/11

DINIZ, N.M. F. et al. Aborto provocado e violência doméstica entre mulheres atendidas em uma maternidade pública de Salvador-BA. **Rev Bras Enferm**; 64(6): 1010-5, 2011.

DURKHEIM E. **O suicídio**. Trad. Alex Marins. São Paulo: Martin Claret, 2005.

ELLAYNE, K.BS ; Rosa, L.C.S . Desinstitucionalização Psiquiátrica no Brasil: riscos de desresponsabilização do Estado? R. Katál; 17(2): 252-260, 2014. <http://www.scielo.br/pdf/rk/v17n2/1414-4980-rk-17-02-0252.pdf>. Acesso: 19/04/15.

ERDMANN, A.L. A necessidade de atingirmos novos patamares na pesquisa de enfermagem. **Acta paul. Enferm**; 22(2): v-vi, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n2/a01v22n2.pdf>. Acesso: 10/04/15.

ESTELLITA-LINS, C; OLIVEIRA, V.M; COUTINHO, M.F.C. Acompanhamento terapêutico: intervenção sobre a depressão e o suicídio. **Psyche**; 10(18): 151-156, 2006. Disponível em: <http://goo.gl/ETgcVK>. Acesso: 19/04/15.

FILHO, A.A; SACRAMENTO, L.M. Antidepressivos Tricíclicos. **Toxicologia na Prática Clínica**. 2 ed. Belo Horizonte: Folium, 2013. 700p.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6 ed. 3 reimp. São Paulo: Atlas, 2010.

GOMES, N.P et al. Homens e mulheres em vivência de violência conjugal: características socioeconômicas. **Rev. Gaúcha Enferm**; 33(2): 109-116, 2012. Disponível em: <http://goo.gl/L872Lt>. Acesso em: 01/10/15.

GOMES, N.P et al. Compreendendo a violência doméstica a partir das categorias gênero e geração. **Acta Paul Enferm**; 20(4): 504-508, 2007. Disponível em: <http://goo.gl/YpYyXB>. Acesso em: 10/08/15.

GOMES, I.C.R et al. Enfrentamento de mulheres em situação de violência doméstica após agressão. **Revista Baiana de Enfermagem**; 28(2): 134-144, 2014. Disponível em: <http://goo.gl/kwfYkC>. Acesso em: 10/08/15.

HALVERSON, J.L; BIENENFELD D. Depression. **Medscape**. 2011. Disponível em: <http://goo.gl/vITyh1>. Acesso: 10/04/15.

HERNÁNDEZ et al. Caracterización de las mujeres maltratadas por su pareja desde la perspectiva de género. **Medisur**. 2013; 11(1). Disponível em: <http://goo.gl/7QSMIk>. Acesso em: 10/12/14.

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Violência Contra a Mulher: Femicídios no Brasil**. Disponível em: <http://goo.gl/wjo4IG>. Acesso: 10/04/15.

KANTORSKI, L.P et al. Relacionamento terapêutico e ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: tendências no Estado de São Paulo. **Rev Esc Enferm USP**; 39(3): 317-24 2005.

MACEDO, M.M.K; WERLANG B.S.G. Trauma, dor e ato: o olhar da psicanálise sobre uma tentativa de suicídio. **Ágora**. 2007; 10(1): 89-106. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php. Acesso em: 10/01/11.

MACHADO, L.M.M; ARAÚJO, R.C. Antidepressivos não tricíclicos. In: **Toxicologia na Prática Clínica**. Adebald de Andrade Filho, Délio Camponila, Mariana Borges Dias. 2 ed. Belo Horizonte: Folium, 2013. 700p.

MEDEIROS et al., 2016. **Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde (SUS) - Eixo Políticas e Fundamentos**. Disponível em: <http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201704/20170424-094953-001.pdf>. Acesso em: 10/10/17.

MINAYO; M.C.S. **O desafio do conhecimento** – pesquisa qualitativa em saúde. 14 ed. São Paulo: Hucitec; 2014.

MIRANDA-SCIPPA, A.M.A. et al. Tratamento da Depressão Maior. In: **Irismar: Psicofarmacologia Clínica**. 3ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2011. 656p.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. 13ed. Maria D. Tradução: Alexandre e Maria Alice Sampaio Dória. Rio de Janeiro: Bertrand; 2010. 350 p.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. 5. ed. Porto Alegre (RS): Sulina, 2011.

PONTES, A.C; LEITÃO, I.M.T.A; RAMOS, I.C. Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. **Rev Bras Enferm**. 61(3): 312-8, 2008. Disponível em: <http://goo.gl/Idki8f>. Acesso em: 02/04/15.

OLIVEIRA, F.B; SILVA, K.M.D; SILVA, J.C.C. Percepção sobre a prática de enfermagem em Centros de Atenção Psicossocial. **Rev Gaúcha Enferm** 30(4): 692-699 2009. Disponível em: <http://goo.gl/Be2owK>. Acesso: 01/04/15.

OLIVEIRA, C.M.G.S. **O cuidado confortador da pessoa idosa hospitalizada: Individualizar a intervenção conciliando tensões**. 2011. Tese (Doutoramento em Enfermagem) - Universidade de Lisboa, Portugal, 2011.

PEDROSA, C.M; SPINK, M.J.P. A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. **Saúde soc.**; 20(1): 124-135, 2011. Disponível em: <http://goo.gl/LPx9yN>. Acesso em: 01/04/15.

PEREGRINO A. Antidepressivos Heterocíclicos e Inibidores da Monoaminooxidase. In: **Irismar: Psicofarmacologia Clínica**. 3ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2011. 656p.

PRIETO D; TAVARES M. **Fatores de risco para suicídio: incidência, eventos estressores e transtornos mentais**. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro; 54(2): 146-154 2005.

QSR *INTERATIONAL*. **Nvivo10 for Windows**. Disponível em: <http://www.qsrinternational.com>. Acesso em: 21/07/15.

REICHENHEIM, M.E et al. Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros. **The Lancet**: 75-89, 2011. Disponível em: <http://goo.gl/sGRPzJ>. Acesso em: 01/10/15.

ROSA, D.O. A; RAMOS, R.C. S; MELO, E.M; MELO, V.H. A Violência contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo. **FEMINA**; 2013. 41(2). Disponível em: <http://goo.gl/PHSam9>. Acesso: 10/04/15.

RIBEIRO, A.G et al. Antidepressivos: uso, adesão e conhecimento entre estudantes de medicina. **Ciênc. saúde coletiva**; 19(6): 1825-1833, 2014. Disponível em: <http://goo.gl/YzBkNG>. Acesso: 15/04/15.

SANTOS, A.C.W; MORÉ, C.L.O.O. Repercussão da violência na mulher e suas formas de enfrentamento. **Paidéia**; 21(49): 227-235, 2011. Disponível em: <http://goo.gl/EsMmCp>. Acesso em: 21/07/15.

SANTOS, A.M.L. Tratamentos Biológicos. In: **Psiquiatria para a Enfermagem**. Marissol Bastos de Carvalho (Org.). São Paulo: Rideel, 2012.

SANTOS et al. Impact of "+Contigo" training on the knowledge and attitudes of health care professionals about suicide. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2014; 22(4): 679-84. Disponível em: <http://goo.gl/MdzcGh>. Acesso em: 10/12/2014.

SANTI; L.N.; NAKANO, A.M.S.; LETTIERE, A. Percepção de mulheres em situação de violência sobre o suporte e apoio recebido em seu contexto social. **Texto contexto – enferm**, 19(3): 417-424, 2010.

SESAB. Secretaria de Estado da Saúde da Bahia. **Rede de Atenção Psicossocial**. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/saude-de-todos-nos/saude-mental/rede-de-atencao-psicossocial-raps/>. Acesso em: 10/03/18.

SILVA, S.P. et al. Francisca Julia e a Inserção da Mulher no Campo Literário: um Intermédio entre o Parnasianismo e o Simbolismo. **Raído**; 5(10): 405-427, 2011.

STRAUSS A; CORBIN J. **Pesquisa Qualitativa: Técnica e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada**. 2ªed. Porto Alegre: Artmed; 2008.

SOUZA, F.G.M. (2008) - **Tecendo a teia do cuidado à criança na atenção básica de saúde: dos seus contornos ao encontro com a integralidade**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. Tese de doutoramento.

SOUSA F.G. M; ERDMANN A.L; MOCHEL, E.G. Condições limitadoras para a integralidade do cuidado à Criança na atenção básica de saúde. **Texto Contexto Enferm**, 20 (Esp): 263-71, 2011.

TAROZZI, M. **O que é Grounded Theory: metodologia de pesquisa e de teoria fundamentada nos dados**; Tradução de Carmem Lussi. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

TOWNSEND, M.C. **Enfermagem psiquiátrica: conceitos de cuidados**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 7ed, 2014. 980p.

VILLELA, W.V. et al. Ambiguidades e Contradições no Atendimento de Mulheres que sofrem Violência. **Saúde Sociedade**, v.20, n.1, p. 113-23, 2011.

WANNMACHER, L. **Uso racional de antidepressivos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 156 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://goo.gl/7T80Kk>. Acesso: 01/04/15.

WASELFISZ J.J. **Mapa da violência, 2012 Atualização: homicídios em mulheres no Brasil**. Disponível em: <http://goo.gl/M7XmmX>. FLACSO – Brasil, 2012. Acesso em: 19/04/15.

WASELFISZ J.J. **Mapa da violência**. Os jovens do Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Flacso, Brasil. Versão Preliminar, 2014. Disponível em: <http://goo.gl/eZKZDF>. Acesso em: 19/04/15.

WERLANG, B.S.G; MACEDO, M.M.K; KRÜGER, L.L. Perspectiva Psicológica. In: **Comportamento Suicida**. Blanca Werlang e Neury José Botega (org). Porto Alegre: Artmed, 2004.

WHO. World Health Organization. **Mental health action plan 2013-2020**. Geneva, Switzerland, 2013. Disponível em: <http://goo.gl/hCvgqV>. Acesso: 01/04/15.

WHO. World Health Organization. **Preventing suicide: a global imperative**. Luxembourg, 2014. Disponível em: <http://goo.gl/UXSLxe>. Acesso: 10/04/15.

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DO MODELO PARADIGMÁTICO



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS

CATEGORIA CENTRAL/FENÔMENO: Revelando que o cuidado pautado na integralidade e no acolhimento às pessoas com comportamento suicida perpassa por profissionais qualificados e serviços estruturados no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial.

Os participantes do estudo apresentam comportamento suicida devido ao sofrimento psíquico intenso, sendo as tentativas de suicídio apontadas como eventos-ápice para a busca por atendimento na Rede de Atenção Psicossocial, onde experienciam situações do cuidado e do não cuidado. Os dados mostraram a dificuldade em acessar a Rede e a ausência de protocolos normatizados para fluxos de articulação entre os serviços, com obstáculos à integralidade do cuidado e à continuidade da assistência em saúde. As experiências de não cuidado durante o atendimento foram percebidas em práticas, por vezes, restritas à medicalização, negligentes, ostensivas e/ou expressas por julgamentos acerca do adoecimento. Essas interações repercutiram em introspecção, desmotivação e desesperança, intensificando assim, a vulnerabilidade para o suicídio. A partir desses elementos, o estudo sinaliza para o despreparo profissional no cuidado a pessoas em sofrimento mental e a importância de serviços de referência para o comportamento suicida, com profissionais preparados para ofertar uma assistência livre de julgamentos, respeitosa e humanizada, pautada na escuta interessada e no comprometimento para com o outro. Sendo assim, o cuidado reverbera na criação de vínculos entre usuários do serviço e profissionais, adesão à terapêutica, coragem e capacidade para vislumbrar novas perspectivas de vida.

CONDIÇÃO: Entendendo os motivos que interferem no cuidado na Rede de Atenção Psicossocial. Os dados revelaram que as tentativas de suicídio realizadas pelos participantes do primeiro grupo amostral, expressam o desejo de romper com o sofrimento mental intenso, e são consideradas como eventos-ápice para buscar atendimento na Rede de Atenção Psicossocial. A partir dessa procura, percebe-se que o sentimento de cuidado remete ao fato de o profissional se mostrar sensível ao sofrimento do outro, valorizando suas histórias, não julgando e preocupando-se com o cuidado que transcende à técnica. Do contrário, aponta-se para o despreparo por parte dos profissionais para lidar com o sofrimento e adoecimento que vão além do biológico. Outra razão dada para o não cuidado remete à precariedade das condições de trabalho, expressa por inadequações na infraestrutura dos serviços, insuficiência de profissionais diante o excesso de demanda, baixos salários e, por conseguinte, acúmulo de empregos. Esses eventos influenciam o acesso das pessoas com comportamento suicida aos serviços, bem como a qualidade do acolhimento às mesmas. Ainda, os dados alertam para o reconhecimento acerca da relevância de existirem serviços de referência para o comportamento suicida, com profissionais capacitados para o atendimento respeitoso e humanizado a pessoas em sofrimento mental, com fins no cuidado mais qualificado.

Sentindo a necessidade de apoio profissional por conta do comportamento suicida

Deparando-se com a precarização do trabalho em saúde

Percebendo o despreparo profissional para o cuidado em sofrimento mental

Percebendo a valorização do usuário por parte do profissional

Defendendo a necessidade da existência de serviços de referência

AÇÃO-INTERAÇÃO – Percebendo e reconhecendo as potencialidades e entraves no processo de cuidado na Rede de Atenção Psicossocial. Nos movimentos indutores de busca por assistência devido à ideação suicida, os dados revelaram a complexidade para receber o cuidado na Rede de Atenção Psicossocial. Em que pese a agilidade atribuída pelos participantes ao serviço de emergência, alerta-se que está se condiciona à gravidade do quadro clínico, e não necessariamente em resposta ao comportamento suicida. Para além deste serviço, percebe-se a dificuldade de atendimento na rede, o que remete a não compreensão dos profissionais quanto à urgência de cuidado às pessoas em risco de suicídio e a ausência de fluxos normatizados que criem articulações entre os serviços. No que tange à interação nos serviços da rede, o sentimento de não cuidado torna a se repetir nos atendimentos em saúde, uma vez que se queixam das práticas que se limitam à medicalização e se sentem negligenciadas, não priorizadas em suas demandas e, por vezes, com tratamentos ostensivos, inclusive sob conjecturas e julgamentos acerca do seu adoecimento. Em que pese a ocorrência dessas posturas de desatenção aos participantes, quando se trata do processo de interação com o serviço de referência, chama atenção para o reconhecimento da saliência de os profissionais de saúde estarem disponíveis para o cuidado, bem como a valoração do acolhimento recebido, considerado respeitoso, livre de julgamentos e pautado na escuta interessada e no comprometimento para com o outro. Assim sendo, o estudo sinaliza para o valor do serviço de referência no cuidado às pessoas em sofrimento mental e comportamento suicida.

Deparando-se com entraves para o atendimento na Rede

Reconhecendo a agilidade no serviço de emergência

Incomodando-se com o fato do atendimento restringir-se à terapêutica medicamentosa

Experienciando o atendimento permeado pela negligência, maus-tratos, julgamentos e incitação ao suicídio

Valorizando o acolhimento e a disponibilidade por parte dos profissionais do serviço de referência

CONSEQUÊNCIAS – Reconhecendo o lugar da Rede de Atenção Psicossocial na fragilização ou fortalecimento da pessoa com comportamento suicida. No que tange às repercussões diante do não cuidado por parte dos profissionais de saúde na Rede de Atenção Psicossocial, os dados mostraram que os participantes se percebem mais introspectivos, solitários, desmotivados e desesperançosos, sentimentos que intensificam a dificuldade de expor suas dores, aumentam a desvalorização diante a sua própria existência, potencializam os pensamentos de morte e os vulnerabilizam para tentativas de suicídio recorrentes. Por outro lado, quando acolhidos e valorizados pelos profissionais, aumenta-se a chance de criarem

vínculos, favorecendo a adesão à terapêutica, de modo que os participantes se sentem mais felizes, encorajados e capazes de vislumbrar novas perspectivas para a vida. Os participantes acreditam que a vivência do cuidado humanizado os despertou para cuidar de si mesmos e de outrem, buscando, a partir do compartilhamento, de suas experiências ajudar pessoas que também sofrem com o comportamento suicida. Esses elementos promovem importantes mudanças para a manutenção da vida e favorecem a prevenção do suicídio.

Sentindo-se mais vulnerável ao comportamento suicida

Sentindo-se mais fortalecida com o cuidado na Rede de Atenção Psicossocial

BREVE APRESENTAÇÃO

PERGUNTA DE PESQUISA: Como as pessoas com comportamento suicida significam o cuidado nas ações e interações experienciadas no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial?

OBJETIVO: Construir uma matriz teórica a partir dos significados das ações e interações experienciadas no cuidado às pessoas com comportamento suicida no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial.

REFERENCIAL METODOLÓGICO: Teoria Fundamentada nos Dados (TFD).

REFERENCIAL TEÓRICO: Paradigma da Complexidade ou Pensamento Complexo.

METODOLOGIA:

A pesquisa foi realizada com usuários do Núcleo de Estudo e Prevenção do Suicídio (NEPS) e profissionais que atuam em diferentes dispositivos que estruturam a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), sendo a amostragem teórica composta por dois grupos amostrais. O NEPS caracteriza-se como o único serviço ambulatorial do país, especializado no atendimento às pessoas em risco para o suicídio, e vinculado a um Centro de Informação Toxicológica, em Salvador, Bahia, Brasil. A coleta de dados foi realizada no período de março a dezembro de 2017, através de entrevista semiestruturada, sendo norteadas pela seguinte pergunta: Você se sentiu cuidada (o) nos serviços que já buscou por conta de pensamentos de morte ou tentativa de suicídio?

Os critérios de inclusão foram: pessoas em acompanhamento psicoterápico, psiquiátrico ou de terapia ocupacional, acompanhadas no NEPS, com idade superior e/ou igual a 18 anos e, avaliadas pelo serviço de psicologia do *lócus* da pesquisa, como em condições psicológicas para participar do estudo. Assim, o primeiro grupo amostral foi composto por 18 participantes: 15 mulheres e 3 homens.

O segundo grupo amostral foi composto por 15 profissionais (assistente social, enfermeiras, psicóloga, psiquiatra, técnico de enfermagem e terapeutas ocupacionais) de diferentes serviços da Rede de Atenção Psicossocial - Núcleo de Estudo e Prevenção do Suicídio (NEPS), Emergência de hospital geral, Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Pronto Atendimento Psiquiátrico (PAP), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Grupo amostral	Participantes	Número
1º	Pessoas com comportamento suicida/Usuários do NEPS	18
2º	Profissionais que atuam em serviços da RAPS	15
Total		33

Validador:

Instituição:

RESPONDA ÀS QUESTÕES COM BASE NO MATERIAL EM ANEXO

Validação dos 4 componentes do modelo paradigmático:

Para auxiliar nesta etapa, será apresentado o esquema proposto por Strauss e Corbin (2015), que facilita a identificação dos quatro componentes:

Fenômeno - O que está acontecendo aqui?

Condições - Expressa as razões dadas pelos informantes para o acontecimento de determinado fato, bem como as explicações dadas para o porquê de responderem da maneira que respondem através de uma ação.

Ação-Interação - Corresponde à resposta expressa pelas pessoas ou grupos aos eventos ou situações problemáticas ocorridas em sua vida.

Consequências - Refere-se aos resultados previstos ou reais.

Após esse esclarecimento, comente sobre a clareza e coerência de cada componente do modelo.

Fenômeno:

Condições:

Ação-Interação:

Consequências:

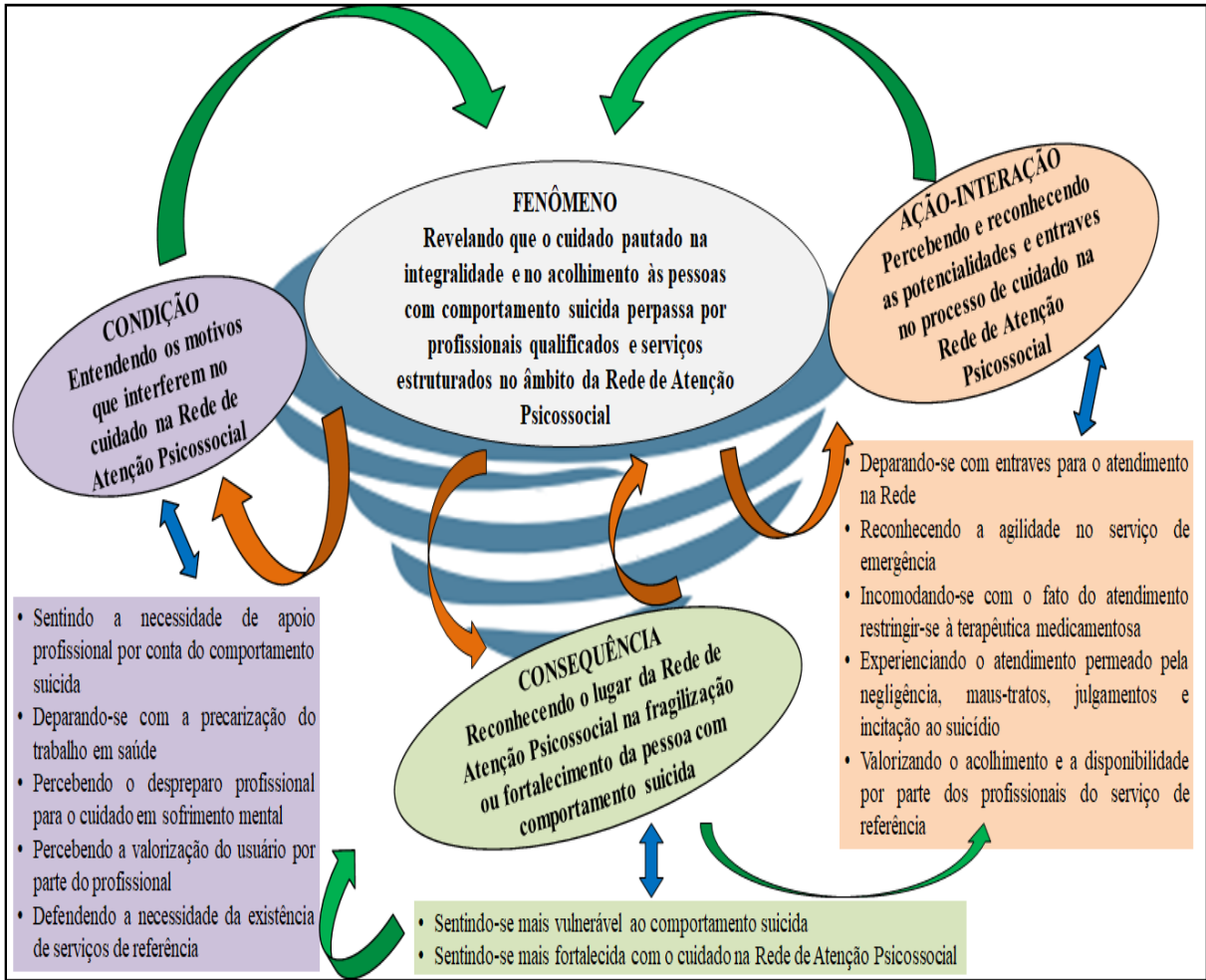
Validação do conteúdo expresso em relação à realidade vivenciada como profissional enfermeiro e/ou pesquisador:

- 2.1. Comente sobre sua experiência em relação ao modelo apresentado, expresso pelos quatro componentes. Você se reconhece/vivenciou o que está representado nas categorias?**
- 2.2. As categorias ilustram o processo de organização e análise dos dados, permitindo compreender como as pessoas com comportamento suicida significam o cuidado recebido pelos profissionais na Rede de Atenção Psicossocial?**
- 2.3. Há algo que não foi contemplado no modelo?**
- 2.4. Em relação à apresentação do modelo, você considera que há integração entre as categorias?**
- 2.5. Os nomes das categorias são adequados? Quais alterações você sugere?**
- 2.6. No que tange ao nível de abstração e generalização, qual a abrangência do modelo? Poderia ser aplicado em outros cenários do contexto em saúde? Poderia ser aplicado em outras cidades?**

APÊNDICE B - FENÔMENO



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Entrevistadora: Cíntia Mesquita Correia

Data de Aplicação ___ / ___ / _____

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Iniciais do nome: _____

Telefone: _____

E-mail: _____

CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA:

Idade: _____

Cor/Raça (autodeclarada):

- Preta
- Parda
- Branca
- Amarela
- Indígena

Religião:

- Católica
- Evangélica
- Espírita
- Acredita em Deus, mas não tem religião
- Não acredita na existência de Deus
- Outros
- Não informada

Escolaridade:

- Nunca estudou
- Alfabetizada
- 1ª a 4ª série incompleta do Ensino Fundamental (antigo primário ou 1º grau)
- 2ª a 4ª série incompleta do Ensino Fundamental (antigo primário ou 1º grau)
- 3ª - 5ª a 8ª série incompleta do Ensino Fundamental (antigo ginásio ou 1º grau)
- Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau)
- Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau)
- Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau)
- Educação superior incompleta
- Educação superior completa

Situação conjugal:

- Solteira
- Casada
- União Consensual
- Desquitada ou Separada
- Divorciada
- Não informada

Trabalho:

Trabalha fora de casa? sim não

Onde? _____.

O que faz? _____.

Trabalha em sua casa com remuneração? sim não

O que faz? _____.

Condição Econômica:

Vive às próprias custas, sem depender de ninguém?

- Sim
- Não

Se não:

- Parcialmente Dependente
- Totalmente Dependente

Quem ajuda você financeiramente?

- Marido/Companheiro
- Pai /mãe
- Parentes
- Amigos
- Outros

Como é essa ajuda? _____.

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM****Título do projeto: Mulheres com história de violência e comportamento suicida: modelo de cuidado fundamentado na *Grounded Theory***

A Sr^a. está sendo convidada para participar de uma pesquisa que tem como objeto de estudo “os significados atribuídos ao cuidado às mulheres com história de violência doméstica e comportamento suicida”, com os seguintes objetivos: Compreender os significados atribuídos ao cuidado às mulheres com história de violência doméstica e comportamento suicida e; Construir uma matriz teórica acerca do cuidado às mulheres com história de violência doméstica e comportamento suicida. Trata-se de um projeto de pesquisa desenvolvido por mim, Enfermeira **Cíntia Mesquita Correia**, como atividade do Curso de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal da Bahia, sob a orientação da Prof.^a Dra. Nadirlene Pereira Gomes.

A Sr^a. não é obrigada a participar da pesquisa e a sua recusa não interferirá no atendimento nesse serviço, nem prejudicará a relação que tem com os profissionais, sendo assegurado apoio psicológico e/ou psiquiátrico sempre que se fizer necessário. É muito importante que a senhora entenda que a sua assistência de saúde continuará a mesma, com todos os seus direitos garantidos. Quando quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa, através do telefone da instituição a mim vinculada (71) 3263-7600, pelo meu número pessoal (71) 8712-3214 ou internet (cintia.mes@hotmail.com).

A entrevista será realizada em um local reservado, onde a Sr.^a possa falar livremente sobre a sua vivência/experiência, respeitando o tempo que tiver disponível. Se a Sr.^a autorizar, utilizaremos o gravador para assegurar maior fidedignidade das falas. A Sr.^a terá acesso à cópia da entrevista, podendo retirar ou acrescentar as informações que desejar.

As entrevistas serão copiadas por escrito e guardadas por mim durante 5 (cinco) anos, no banco de dados virtual do Grupo de Estudos que atuo enquanto pesquisadora - “Violência, Saúde e Qualidade de Vida”, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia; sendo destruídas após esse período. Ao participar da pesquisa, a Sr^a. não terá qualquer tipo de despesa, bem como nada será pago por sua participação. Em relação a esta, considera-se como

risco o constrangimento que a Sr^a. poderá sentir ao compartilhar suas vivências, por meio de informações pessoais ou confidenciais. Também não haverá benefício direto. Entretanto, espero que este estudo possibilite, a partir do saber extraído da vivência/experiência das pessoas, reflexões que orientem para uma matriz teórica acerca do modelo de cuidado às mulheres com história de violência doméstica e comportamento suicida.

Os resultados deste estudo serão apresentados/publicados em eventos científicos, em periódicos indexados e em instituições que atendem mulheres vítimas de violência; além de serviços e centros que trabalhem com os casos de tentativas de suicídio. Caso a Sr^a. aceite participar da pesquisa, será entrevistada por mim. No entanto, não permitiremos identificá-la, sendo utilizados nomes fictícios. Antes de decidir, fique à vontade para perguntar o que quiser e estarei pronta a lhe esclarecer.

Todas as questões aqui faladas respeitam a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata dos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos. Após estes esclarecimentos, solicito o seu consentimento de forma livre para participar da pesquisa.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Confirmando ter compreendido todas as informações acima descritas e, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa.

Assinatura da participante

Cíntia Mesquita Correia

**APÊNDICE E - PROJETOS VINCULADOS AO DOUTORADO
2014 – 2018**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ATIVIDADE	QUANTIDADE	OUTRAS INFORMAÇÕES
<p>Programa: Educação em saúde para prevenção e atuação em situações de urgência e emergência. Recursos financiados pelo Edital PROEXT/Ações e Programas 2014. Tutoria e Comissão Organizadora.</p> <p>Evento 1: I Fórum Brasileiro e III Fórum Baiano de Prevenção do Suicídio.</p> <p>Evento 2: curso Intoxicações Exógenas e o Suicídio.</p>	2 eventos	Bolsistas: Rebeca Alves Santos Brito Welton Araújo
<p>Extensão: Desenvolvendo Ações para Prevenção e Abordagem Multiprofissional a Pessoas em Risco para o Suicídio. Tutoria.</p>	2 planos de trabalho	Bolsistas: Livia Soares Santos Lanna Katherine Leitao Conceicao
<p>Extensão: Integração Ensino-Serviço: Desenvolvendo Estratégias de Prevenção do Suicídio. Tutoria.</p>	2 planos de trabalho	Bolsistas: Lanna Katherine Leitao Conceicao Uecia das Mercedes Santos
<p>Extensão: Desenvolvendo Ações para o Enfrentamento à Violência Contra a Mulher e Prevenção do Suicídio. Tutoria.</p>	1 plano de trabalho	Bolsista: Vitoria Silva Santos
<p>Projeto de Iniciação Científica: Compreendendo os significados do cuidado às mulheres com história de violência doméstica e comportamento suicida.</p>	2 planos de trabalho	Bolsistas: Livia Soares Santos Natalia Webler
<p>Dissertação: O suporte familiar no discurso de pessoas com comportamento suicida. Apoio na construção.</p>	1	Mestranda: Isabela Carlyne Sena de Andrade
<p>Trabalho de Conclusão de Curso: Suicídio e Alteridade: Diferentes Possibilidades de Escuta. Apoio na construção.</p>	1	Graduanda: Livia Soares Santos

ANEXO A - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UFBA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Mulheres com História de Violência Doméstica e Comportamento Suicida: Modelo de Cuidado Fundamentado na Grounded Theory

Pesquisador: CINTIA MESQUITA CORREIA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 61075816.0.0000.5531

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.813.544

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de doutorado do programa de pós graduação da EE-UFBA, com a orientação da professora Dra. Nardilene Pereira Gomes.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender os significados atribuídos ao cuidado às mulheres com história de violência doméstica e comportamento suicida.

Objetivo Secundário:

Construir uma matriz teórica acerca do cuidado às mulheres com história de violência doméstica e comportamento suicida.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Para a pesquisadora considerar-se-á como risco, o constrangimento que cada participante poderá sentir ao compartilhar suas vivências, por informações pessoais ou confidenciais. Em casos de desconforto, será assegurado apoio psicológico e/ou psiquiátrico imediato pelos profissionais que atuam no serviço em que ocorrerá a pesquisa.

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela **CEP:** 41.110-060
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 **Fax:** (71)3283-7615 **E-mail:** cepee.ufba@ufba.br

UFBA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA



Continuação do Parecer: 1.813.544

APROVAÇÃO.

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado acata o parecer de APROVAÇÃO emitido pelo relator

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_797888.pdf	17/10/2016 11:09:32		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado_brochura_investigador.pdf	17/10/2016 11:08:56	CINTIA MESQUITA CORREIA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_consentimento_livre_esclarecido.pdf	17/10/2016 10:50:52	CINTIA MESQUITA CORREIA	Aceito
Outros	Declaracao_inicio_coleta.pdf	17/10/2016 10:18:23	CINTIA MESQUITA CORREIA	Aceito
Outros	MODELO_DO_RELATORIO_PARCIAL_OU_FINAL.doc	10/10/2016 14:05:47	CLEBER JOSÉ SILVA SALES	Aceito
Outros	Manual.pdf	10/10/2016 14:04:37	CLEBER JOSÉ SILVA SALES	Aceito
Outros	Termo_Compromisso_pesquisador.pdf	04/10/2016 15:25:53	CINTIA MESQUITA CORREIA	Aceito
Outros	Solicitacao_campo_pesquisa.pdf	04/10/2016 15:24:46	CINTIA MESQUITA CORREIA	Aceito
Outros	Anuencia_autorizacao_para_realizacao_de_pesquisa.pdf	04/10/2016 02:07:35	CINTIA MESQUITA CORREIA	Aceito
Outros	Apendices_instrumentos_de_coleta_de_dados.pdf	04/10/2016 01:54:51	CINTIA MESQUITA CORREIA	Aceito
Outros	Termo_de_concordancia_com_o_projeto_de_pesquisa.pdf	04/10/2016 01:39:15	CINTIA MESQUITA CORREIA	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	04/10/2016 01:32:00	CINTIA MESQUITA CORREIA	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	04/10/2016 01:29:54	CINTIA MESQUITA CORREIA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	04/10/2016 01:26:14	CINTIA MESQUITA CORREIA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_confidencialidade.pdf	04/10/2016 01:22:45	CINTIA MESQUITA CORREIA	Aceito
Outros	Parecer_tecnico_cep2.pdf	04/10/2016 01:20:31	CINTIA MESQUITA CORREIA	Aceito
Outros	Parecer_tecnico_cep1.pdf	04/10/2016 01:18:50	CINTIA MESQUITA CORREIA	Aceito

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela CEP: 41.110-060
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 Fax: (71)3283-7615 E-mail: cepee.ufba@ufba.br

UFBA – ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA



Continuação do Parecer: 1.813.544

Outros	Parecer_coepe_ciave.pdf	04/10/2016 01:17:09	CINTIA MESQUITA CORREIA	Aceito
Outros	Termo_de_autorizacao_institucional.pdf	04/10/2016 01:03:45	CINTIA MESQUITA CORREIA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 09 de Novembro de 2016

Assinado por:
CAROLINA DE SOUZA MACHADO
(Coordenador)